

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 mai 2020

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Kuburas

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une première demande de prestations le 24 septembre 2002 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état d'une atteinte au genou et à la cheville consécutives à un accident survenu le 23 février 2001, dans le cadre de son emploi de manœuvre auprès de la société Maçonnerie et béton armé K. _____.

Par décision du 30 septembre 2003, confirmée sur opposition le 13 août 2004, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il présentait une capacité de travail pleine et entière dans son activité habituelle de manœuvre dès le 27 août 2001.

Par jugement du 9 août 2005 (AI 93/04 - 133/2005), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours interjeté par l'assuré et confirmé la décision de l'OAI.

b) Le 16 décembre 2005, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant valoir un état anxio-dépressif réactionnel avec somatisation.

Procédant à l'instruction de la demande, l'OAI a mis en œuvre une expertise médicale auprès du Centre B. _____ (ci-après : Centre B. _____) de [...] comportant un volet psychiatrique et un volet rhumatologique. Dans leur rapport du 15 juin 2007, les Drs J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et W. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, ont conclu à une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans l'activité habituelle de manœuvre sur les chantiers en l'absence de limitation psychique ainsi que de toute pathologie somatique susceptible de réduire de façon significative et durable la capacité de travail.

Par décision du 4 juillet 2008, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, dans la mesure où il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante tant physique que psychique justifiant une incapacité de travail.

Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud l'a rejeté par arrêt du 28 janvier 2010 (AI 424/08 - 41/2010).

c) Le 15 mai 2012, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant une aggravation de son état de santé physique et psychique depuis l'année 2007.

Afin de clarifier le droit aux prestations de l'assuré, l'OAI a diligenté une seconde expertise médicale pluridisciplinaire auprès du S._____ comportant des examens de médecine interne générale, de psychiatrie et de rhumatologie. Dans leur rapport du 18 juin 2013, les Drs D._____, spécialiste en médecine interne générale, L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, n'ont retenu aucun diagnostic affectant la capacité de travail et ont conclu à l'absence de limitation tant sur le plan psychique que physique. Selon ces médecins, la capacité de travail de l'assuré était entière, sans diminution de rendement, dans son activité habituelle.

Considérant que la situation médicale de l'assuré était globalement semblable à celle qui prévalait lors de l'expertise réalisée en 2007 et qu'il ne présentait ainsi aucune aggravation durable de son état de santé, l'OAI a, par décision du 10 octobre 2013, dénié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité.

d) Le 9 septembre 2015, l'assuré, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, a sollicité le réexamen de sa situation médicale à la lumière de la nouvelle jurisprudence fédérale en matière de troubles somatoformes.

Fort des documents produits par l'assuré dans le cadre de cette nouvelle demande de prestations, notamment du rapport du 2 noT._____, spécialiste en médecine interne générale, l'OAI a, par décision du 7 juillet 2016, refusé d'entrer en matière sur la demande de l'assuré, celui-ci n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations du 10 octobre 2013.

Cette décision a été confirmée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud le 17 juillet 2017 (AI 233/16 - 201/2017).

e) Le 16 janvier 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de Me Jean-Michel Duc, a déposé une cinquième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état de troubles mixtes de la personnalité et d'une aggravation de son état de santé depuis l'année 2016.

En annexe à sa demande, l'assuré a produit un rapport du 5 décembre 2016 du Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents et psychiatre traitant de l'assuré, aux termes duquel ce médecin a posé le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité et a retenu une incapacité de travail totale dans toute activité. Il a en outre indiqué que les troubles psychiatriques de l'assuré s'étaient aggravés depuis l'année 2015.

Par décision du 19 septembre 2017, l'OAI n'est pas entré en matière sur la demande de prestations de l'assuré, en l'absence de modification notable de sa situation professionnelle ou médicale.

f) Le 16 novembre 2018, l'assuré, toujours sous la plume de Me Jean-Michel Duc, a déposé une sixième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état d'une aggravation de son état de santé depuis l'année 2017, au point de nécessiter une hospitalisation psychiatrique dès le 4 novembre 2018 afin de le mettre à l'abri de ses idées suicidaires.

A l'appui de cette nouvelle demande, l'assuré a produit un rapport du 5 novembre 2018 établi par le Dr G._____, nouveau médecin traitant de l'assuré, dont la teneur étant la suivante :

(...)

Pour répondre à vos questions :

1) M. M._____ souffre d'un état anxio-dépressif secondaire à son accident et son incapacité de travail. Cet état s'exprime aujourd'hui en des termes inquiétants : « personne ne m'aime ». Personne ne m'aide sauf ma femme un peu. Mais il ne la supporte pas parce qu'elle l'engueule d'être malade.

(...)

4) Quand je propose à M. M._____ d'envisager une réinsertion professionnelle sous l'égide de l'AI, il répond qu'il ne sait pas. Finalement il est quand même d'accord après discussion, d'essayer. Je propose donc qu'une mesure de réinsertion professionnelle soit tentée.

(...)

7) Le pronostic est très réservé et dépendra des mesures qui pourront être mises en place.

Je suis étonné qu'il soit si difficile d'obtenir l'AI à 100 % pour ce patient qui n'aurait qu'une envie, celle de pouvoir travailler, mais qui suite à son accident ne peut plus exercer son métier de maçon. Je suis personnellement très réticent à mettre mes patients à l'AI. Mais dans le cas de M. M._____, la situation me paraît évidente et lui refuser une rente invalidité justifiée revient à ne pas porter assistance à personne en danger. L'obtention d'une rente et donc la reconnaissance de sa maladie lui permettra de relever la tête, de se sentir compris et revalorisé à sa juste mesure. Cela pourra déboucher sur une amélioration de son état psychique et peut-être progressivement un retour à une activité lucrative adaptée à son état physique avec comme effet secondaire positif une meilleure estime de lui-même.

Il est à noter qu'au moins deux médecins avant moi ont estimé que M. M._____ est en incapacité à 100 %. Le Dr T._____ pour des raisons essentiellement physiques, et le Dr S._____ pour des raisons essentiellement psychiques. Je pense que tous les deux ont raison.

Les multiples recours refusés malgré ces trois avis autorisés contribuent à la péjoration de l'état psychique de M. M._____ qui est offensé que l'on puisse penser qu'il est un simulateur. N'importe quel examinateur neutre se rendrait compte qu'il ne l'est pas.

J'ai obtenu son hospitalisation à l'Hôpital Psychiatrique du [...] hier dimanche, les menaces suicidaires devenant très inquiétantes. Je suis soulagé de le savoir à l'abri et que l'on puisse obtenir une évaluation objective sur l'état de ce patient, le soutenir pour une réinsertion après évaluation dans les ateliers à disposition et pouvoir mieux le soutenir à sa sortie.

(...).

Dans le cadre de cette nouvelle demande, l'assuré a également transmis à l'OAI un rapport du 27 février 2019 adressé à son conseil, dans lequel la Dre H._____, médecin et cheffe de clinique adjointe au Département de psychiatrie du Centre hospitalier C._____, (Centre hospitalier C._____), a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de trouble de la personnalité et d'hypertension artérielle. Elle a relevé que le trouble de la personnalité et de l'hypertension pouvaient être compensés sous traitement et que le trouble dépressif était une pathologie curable mais qui pouvait présenter des évolutions chroniques. Ce médecin a attesté une incapacité de travail totale durant l'hospitalisation du 4 au 16 novembre 2018, l'assuré ayant notamment présenté de la tristesse, de l'anxiété, de l'irritabilité, de la fatigabilité, des difficultés à maintenir l'attention et la concentration, des difficultés dans la gestion du stress ainsi que des idées suicidaires non quotidiennes.

Nanti de ces documents, l'OAI a demandé un avis à son service médical régional (ci-après : SMR). Dans un avis du 7 mai 2019, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale, a considéré que les pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision de l'OAI ne fournissaient aucun indice d'une amélioration ou d'une aggravation notable de l'état de santé de l'assuré. S'agissant de la capacité de travail, ce médecin a estimé que celle-ci restait inchangée depuis la dernière décision de l'OAI.

Par projet de décision du 10 mai 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif que la situation médicale de l'assuré n'avait pas changé de manière significative depuis sa dernière décision et qu'il ne présentait aucune aggravation durable de son état de santé.

Le 12 juin 2019, l'assuré, par l'entremise de son conseil, a formulé ses objections à l'encontre du projet de décision précité, en concluant à l'entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

Dans sa motivation, il a allégué présenter une aggravation de son état de santé constatée tant par la Dre H. _____ que par le Dr S. _____. A l'appui de sa contestation, l'assuré a produit un rapport du 4 juin 2019 du Dr S. _____, aux termes duquel ce médecin relevait une péjoration des troubles psychiatriques depuis les précédentes demandes déposées auprès de l'OAI, aboutissant à une hospitalisation en milieu psychiatrique du 4 au 16 novembre 2018. Ce médecin a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité et que toute réhabilitation était exclue.

Par décision du 10 juillet 2019, l'OAI a confirmé son projet du 10 mai 2019.

B. **a)** Par acte du 11 septembre 2019, M. _____, sous la plume de son conseil, interjette un recours contre la décision du 10 juillet 2019 rendue par l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour examen de la nouvelle demande. Il fait notamment grief à l'OAI d'avoir retenu à tort que la situation n'avait pas connu de modification notable, dès lors que de simples indices plaident en faveur d'une aggravation de l'état de santé ou de ses conséquences sur la capacité de gain suffisent pour entrer en matière sur une nouvelle demande. Depuis la décision de l'OAI du 10 octobre 2013, son état de santé s'est en effet aggravé. Selon lui, les différents rapports versés au dossier font état de troubles de la personnalité apparus ces dernières années, d'une hospitalisation en milieu psychiatrique causée par des menaces suicidaires et d'une forte agressivité.

A l'appui de son recours, l'assuré produit un rapport du 4 septembre 2019 du Dr G. _____, dans lequel ce médecin pose les diagnostics d'état anxio-dépressif sévère avec idées suicidaires scénarisées, d'invalidité physique incompatible avec l'exercice de la profession de maçon et de douleurs dorso-lombaires, nucales et aux genoux. Il atteste une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle

de l'assuré et une capacité de travail de 10 à 20 % dans une activité adaptée.

b) Par réponse du 25 novembre 2018, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. L'OAI joint un nouvel avis du SMR du 13 novembre 2019, aux termes duquel le Dr Q. _____ confirme que depuis la décision du 10 octobre 2013, aucun élément au dossier ne rend plausible une modification de l'état de santé de l'assuré susceptible d'influencer ses droits.

c) Par réplique du 18 décembre 2019, l'assuré confirme les conclusions prises dans son mémoire de recours.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant, singulièrement sur la question de savoir si ce dernier a rendu plausible une aggravation de son état de santé qui justifierait un nouvel examen de son cas.

3. a) Aux termes de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3). Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de 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 autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de 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).

Selon la doctrine, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt

qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance-veillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3100 p. 840 ss).

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

4. En l'occurrence, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 16 novembre 2018. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations du 10 octobre 2013 - dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente - et la décision litigieuse du 10 juillet 2019, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 10 juillet 2019 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 10 octobre 2013. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

a) Contrairement à ce que soutient le recourant, l'intimé n'a pas exigé qu'il apporte des éléments de nature à démontrer de manière

notable une aggravation de son état de santé. Si l'on concède que les termes employés par l'intimé dans le cadre de la décision litigieuse sont quelque peu infidèles au texte de la loi, il n'en demeure pas moins que dans le fond, l'intimé s'est limité à examiner si les pièces déposées par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande de prestations rendaient plausibles que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits.

b) Pour prononcer sa décision du 10 octobre 2013, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre B. _____ du 18 juin 2013, aux termes duquel les experts n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle tant sur le plan psychique que somatique, si bien qu'ils ont conclu à une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans la profession habituelle du recourant.

A l'appui de sa nouvelle demande de prestations déposée le 16 novembre 2018, le recourant a produit un rapport du Dr G. _____ du 5 novembre 2018, un rapport de la Dre H. _____ du 27 février 2019 et un rapport du Dr S. _____ du 4 juin 2019.

c) Toutefois, les pièces produites par le recourant ne permettent pas d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

aa) Sur le plan somatique, les Drs D. _____ et F. _____, experts auprès du Centre B. _____, avaient posé les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de status après entorse de la cheville et du genou gauches survenus le 23 février 2001 et de lombalgies communes sur discopathies lombaires débutantes, sans hernie discale (cf. rapport d'expertise du 18 juin 2013 p. 16). Ils avaient constaté que les radiographies des genoux et des chevilles du recourant ne faisaient état d'aucune lésion objectivable. En comparaison avec l'expertise du Centre B. _____ du 15 juin 2007, les Drs D. _____ et F. _____ avaient relevé que le seul élément nouveau était une transposition antérieure du cubital au pli du coude gauche qui s'était soldée par une guérison complète. Ils

avaient finalement considéré que le recourant ne souffrait d'aucune pathologie susceptible de réduire de façon significative et durable sa capacité de travail et qu'il ne présentait aucune limitation fonctionnelle. Selon ces praticiens, la capacité de travail du recourant était entière tout comme l'avaient retenu les experts du Centre B._____ en 2007.

Le recourant n'a produit aucune pièce médicale à l'appui de sa nouvelle demande de prestations qui attesterait d'une évolution sur le plan somatique par rapport à la situation prévalant lors de l'expertise du Centre B._____ du 18 juin 2013.

bb) Sur le plan psychiatrique, le Dr L._____, expert auprès du Centre B._____, avait relevé que le recourant était une personne nerveuse, irritable, démonstrative, méfiante, focalisée sur ses douleurs chroniques et psychiques ainsi que révoltée par le fait que les médecins de l'OAI ne concluaient pas à l'existence d'un trouble incapacitant. Ce médecin avait pourtant observé que le recourant ne présentait pas de troubles cognitifs, de troubles de la pensée, d'obsession, d'idées délirantes et de déficit émotionnel. L'examen clinique n'avait objectivé aucune limitation fonctionnelle, si ce n'était que l'irritabilité dont le recourant témoignait pouvait se révéler problématique dans les contacts avec les collègues, patrons et clients ainsi que les contacts sociaux. L'expert avait retenu les diagnostics de dysthymie et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Le syndrome douloureux survenait dans le cadre d'une probable personnalité frustrée, d'une scolarisation limitée, d'un manque de formation et d'une situation financière précaire. Le côté nerveux et irritable du recourant pouvait être interprété comme une réaction au syndrome douloureux chronique, comme faisant partie de sa dysthymie, voire comme des traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Le Dr L._____ avait considéré qu'il n'y avait pas d'état psychique cristallisé, si ce n'était une fixation sur les douleurs. Il avait conclu à une pleine capacité de travail, tout comme le Dr J._____ en 2007.

A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant se prévaut du rapport du Dr G._____ du 5 novembre 2018, lequel a observé que le recourant souffrait d'un état anxio-dépressif secondaire à son accident du 23 février 2001 et qu'il présentait une incapacité de travail de 100 %. Considérant que les refus de l'intimé aux diverses demandes de prestations du recourant avaient contribué à la péjoration de son état psychique, ce praticien préconisait l'octroi d'une rente afin de permettre au recourant de se sentir compris et revalorisé, ce qui pourrait déboucher sur une amélioration de son état psychique, voire même un retour à l'exercice d'une activité lucrative adaptée à son état physique. Les observations du Dr G._____ ne contiennent cependant aucun argument médical ni indice rendant plausible une modification significative de l'état de santé du recourant. En effet, les explications données par ce médecin relèvent à l'évidence d'une vision fondée sur une approche bio-psycho-sociale de la maladie et reposent sur les hypothétiques bénéfiques, sur le plan thérapeutique, de l'octroi d'une rente. Or il convient de préciser que l'octroi d'une rente d'invalidité obéit à des règles légales ; sous peine d'arbitraire, pareille prestation ne saurait être allouée en reconnaissance de la souffrance qu'un assuré peut endurer ou pour accroître le bénéfice d'une mesure thérapeutique qui lui est prodiguée (TFA I 541/02 du 6 mai 2003 consid. 3.2.1).

Dans son rapport du 27 février 2019 adressé au conseil du recourant, la Dre H._____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de trouble de la personnalité et d'hypertension artérielle. Elle a précisé que le trouble de la personnalité et l'hypertension étaient des pathologies chroniques qui pouvaient être compensées sous traitement, et que le trouble dépressif était une maladie curable qui présentait des évolutions chroniques. Durant l'hospitalisation du 4 au 16 novembre 2018, le recourant avait présenté des difficultés à maintenir l'attention et la concentration, une thymie triste, de l'irritabilité, de la méfiance, de la fatigabilité et des idées suicidaires non quotidiennes. Quant à une amélioration ou aggravation de l'état de santé, la Dre H._____ invitait le conseil du recourant à s'adresser au médecin traitant, dans la mesure où elle n'était intervenue que dans le cadre de

l'hospitalisation du recourant. Le rapport de la Dre H._____ ne permet pas non plus de discerner une aggravation durable de l'état de santé psychique du recourant, une hospitalisation n'étant que le reflet d'une situation passagère. A la lecture du status clinique rapporté par ce médecin, force est de constater que celui-ci est sensiblement identique à celui que l'on trouve dans le rapport d'expertise du Centre B._____ établi le 18 juin 2013 (personne irritable, méfiante, focalisée sur les douleurs et révoltée par l'absence de reconnaissance de trouble incapacitant).

Le rapport du 4 juin 2019 du Dr S._____ ne rend pas non plus plausible une aggravation de l'état de santé du recourant pouvant influencer ses droits. Ce médecin a posé les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité et d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Il a retenu une incapacité de travail totale dans toute activité, en invoquant que les troubles psychiatriques du recourant s'étaient aggravés depuis les précédentes demandes déposées auprès de l'intimé au point de nécessiter une hospitalisation en milieu psychiatrique du 4 au 16 novembre 2018. Quand bien même le Dr S._____ fait mention d'une aggravation des troubles psychiatriques depuis les précédentes demandes, le rapport de ce médecin ne contient toutefois aucune précision quant à la nature de l'aggravation, son contenu consistant pour l'essentiel dans la reprise du rapport établi le 5 décembre 2016, dans lequel ce praticien s'était limité à reprendre les phrases d'un bilan de stage effectué par le recourant durant l'année 2015 pour retenir une incapacité de travail totale.

Quant au rapport du 4 septembre 2019 du Dr G._____ produit par le recourant en annexe à son mémoire de recours, il n'y a pas lieu d'en tenir compte, puisque celui-ci a été établi ultérieurement à la décision litigieuse (cf. consid. 3c *supra*).

d) Sur le vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par le

recourant le 16 novembre 2018, celui-ci n'ayant pas rendu plausible une modification de son invalidité susceptible de modifier ses droits.

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 contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais de justice à 400 fr. et de les mettre à charge du recourant, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 10 juillet 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'M._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour M._____), à Lausanne,
- 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).

La greffière :