

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 avril 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourant,

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. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé auprès de la société Y._____ SA, en qualité d'agent de production, à un taux de 100 %, du 9 mars 1998 au 30 novembre 2016. Son contrat de travail a toutefois été prolongé au 31 mai 2017, compte tenu de son incapacité de travail complète dès le 25 novembre 2016. L'assureur perte de gain de l'employeur lui a, par ailleurs, versé des indemnités journalières jusqu'au 31 août 2017. Dès le 1^{er} septembre 2017, l'intéressé a émargé à l'assurance-chômage.

Le 1^{er} juin 2017, l'assuré a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), dans laquelle il a indiqué être en incapacité complète de travail, dès le 25 novembre 2016, en raison d'une atteinte au dos.

Le 12 juillet 2017, l'assureur perte de gain a transmis son dossier à l'OAI, dans lequel figuraient notamment les documents suivants :

- un rapport du 10 avril 2017 du Dr W._____, médecin praticien, lequel avait diagnostiqué des lombalgies chroniques et des lombosciatiques aiguës bilatérales, prédominant à gauche, dans le cadre de discopathie L4-L5 et L5-S1, avec déchirure annulaire L5-S1, et d'un déconditionnement musculaire. L'incapacité de travail entière remontait au 25 novembre 2017 (*recte* : 2016). Les limitations fonctionnelles correspondaient à une impossibilité à travailler dans une position identique prolongée, à ne pas pouvoir se pencher en avant, à ne pas travailler à genou ou accroupi, et à soulever des charges supérieures à 7 kg. Par ailleurs, la capacité de résistance était limitée. Selon ce médecin, on pouvait toutefois s'attendre à une reprise professionnelle dans une activité adaptée, sans qu'il ne soit encore possible d'en déterminer le taux ;

- une décision du 30 mai 2017 de l'assureur perte de gain, dans laquelle celui-ci avait annoncé à l'assuré interrompre le versement des indemnités journalières au 31 août 2017 dans la mesure où, après examen du dossier médical et évaluation par le médecin-conseil, il pouvait raisonnablement être attendu de l'intéressé qu'il exerce une activité adaptée à 100 %, à condition que celle-ci soit limitée à une activité physique légère, sans postures contraignantes, et offre la possibilité de changer de position.

Dans un rapport du 23 octobre 2017, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, a posé le diagnostic de lombo-sciatalgies bilatérales, prédominant à gauche, dans le cadre de discopathie L4-L5 et L5-S1, avec déchirure annulaire L5-S1, et d'un déconditionnement musculaire. D'après ce médecin, le pronostic était réservé, compte tenu notamment de l'intervention de facteurs extérieurs, tels que des problèmes asséurologiques et une importante kinésiophobie. Par ailleurs, l'assuré ne devait pas adopter de postures assises statiques prolongées et debout stationnaires, et devait éviter le port de charges comprises entre 5 et 10 kg. Néanmoins, ce praticien a indiqué que dans une activité adaptée où il pourrait prendre des pauses, l'intéressé pourrait travailler à 100 %.

A teneur d'un certificat médical du 30 août 2017, le Dr W._____, a considéré que l'incapacité complète de travail de l'assuré - laquelle avait commencé le 25 novembre 2016 - prenait fin au 31 août 2017. A partir du 1^{er} septembre 2017, l'intéressé ne serait néanmoins plus en mesure de travailler en tant qu'ouvrier d'usine, tel que préalablement, ni dans une activité physiquement éprouvante. S'agissant de ses limitations fonctionnelles, il ne pouvait plus rester debout ou assis dans une position figée longtemps, travailler accroupi, à genoux ou les bras au-dessus de la tête, se pencher en avant ou soulever / porter des charges supérieures à 5 kg.

Dans un rapport du 22 décembre 2017, le Dr W._____, a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, de lombosciatiques aiguës, de

cervicobrachialgies, de douleurs névralgiques scrotales, d'état dépressif réactionnel sévère, avec troubles somatoformes, et de syndrome de déconditionnement musculaire, tous présents depuis 2009. L'incapacité de travail de 100 % restait entière depuis le 25 novembre 2016. Ce médecin a, de plus, confirmé les limitations fonctionnelles listées dans son certificat médical du 30 août 2017. De même, il a maintenu que l'activité habituelle n'était plus exigible.

Par rapport du 8 janvier 2018, le Dr K._____ a confirmé le diagnostic de lombo-sciatalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés et d'une déchire annulaire L5-S1. Il a indiqué que l'état de santé de son patient était stationnaire et que sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle, mais qu'elle restait entière dans une activité adaptée depuis le 1^{er} septembre 2017, à condition que l'assuré puisse alterner les positions assis-debout toutes les 15 à 20 minutes, qu'il n'effectue pas de travail en porte-à-faux et que le port de charges soit limité à un poids compris entre 5 et 7 kg.

Le 27 février 2018, l'assureur perte de gain a transmis la suite du dossier médical de l'assuré à l'OAI, dont notamment sa décision du 24 août 2017, à teneur de laquelle il confirmait sa décision précédente du 30 mai 2017 et ajoutait qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux qui justifieraient que soit reconnue une incapacité de travail. L'assureur perte de gain affirmait, par ailleurs, qu'une activité légère était possible, sans restriction de temps ou de performance, ce qui correspondait à une capacité de travail de 100 %.

Dans un avis médical du 11 octobre 2018, le Dr D._____, spécialiste en médecine du travail et médecin conseil auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a considéré qu'il existait une incapacité de travail durable dans l'activité habituelle, mais que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 %, dès le 1^{er} septembre 2017. Il a fondé ses conclusions sur les constatations du Dr K._____ et a renvoyé à la liste des limitations fonctionnelles établie par ce médecin. De même, le Dr D._____ a rejeté les avis du médecin-

traitant, au regard de la littérature médicale, d'un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du mois de décembre 2017 et de l'absence de déficit neurologique. Par ailleurs, il a également réfuté toute atteinte psychiatrique, faute de l'avis d'un expert spécialisé qui l'aurait rendue plausible.

Par préavis de décision du 30 janvier 2019, l'OAI a annoncé entendre refuser tout droit à une rente à l'assuré. Il a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles de l'intéressé, dès le 1^{er} septembre 2017. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le taux d'invalidité s'élevait à 5 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente.

A teneur d'un courrier du 10 février 2019, l'assuré a contesté ledit projet et sollicité que son cas soit réévalué. Il a fait valoir qu'au cours d'un stage de réinsertion en tant qu'agent d'entretien, effectué entre le 13 mars et le 12 octobre 2018, son état de santé s'était aggravé et que son activité n'avait jamais dépassé les quatre heures et demie à cinq heures par jour, n'atteignant ainsi pas un temps plein.

Dans un rapport du 11 février 2019, le Dr W._____ a indiqué avoir constaté que les symptômes de l'assuré s'aggravaient, imposant notamment un traitement régulier et une prise en charge physiothérapeutique régulière, de sorte que le projet de décision de l'OAI ne correspondait, selon lui, pas à la réalité, notamment la capacité de travail de 100 % prise en compte. En outre, cette décision avait été rendue sans qu'une expertise n'ait été effectuée.

Le 28 février 2019, le Dr W._____ a transmis à l'OAI les documents suivants :

- un rapport IRM lombaire daté du 6 février 2018 du Dr O._____, spécialiste en radiologie, lequel avait constaté que cet examen ne montrait pas de changement significatif par rapport à celui du 24 février 2016. On retrouvait, en particulier, une dégénérescence et un

pincement discal modéré L4-L5 et L5-S1, avec arthrose interfacettaire postérieure au même niveau, ainsi qu'au niveau L5-S1, une petite hernie discale paramédiane gauche, laquelle n'avait subi aucun changement par rapport à l'examen précédent.

- un rapport IRM de l'épaule gauche du 18 février 2019 du Dr O._____, lequel avait observé d'importantes modifications dégénératives au niveau de l'articulation acromio-claviculaire et l'aspect nettement dégénératif du labrum postérieur et supérieur, avec de multiples petits kystes labrales et para-labrales.

Le 6 juin 2019, la Dre R._____, médecin-conseil auprès du SMR, est revenue sur les nouvelles pièces médicales apportées au dossier, soit les documents radiologiques susmentionnés, lesquels révélaient une région lombaire stable et une épaule gauche avec arthropathie, et le courrier du 11 février 2019 du médecin-traitant généraliste, lequel mentionnait une aggravation de la symptomatologie, sans toutefois aucune description de « la clinique correspondante ». Selon elle, en l'état, aucune aggravation clinique objective n'était prouvée et aucune nouvelle atteinte n'était étayée. Ses conclusions étaient dès lors identiques à celles du dernier avis SMR du 11 octobre 2018.

Par décision du 7 juin 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, lui refusant ainsi tout droit à une rente d'invalidité. En effet, bien qu'il ait présenté une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le 25 novembre 2016, en raison de lombosciatalgies chroniques sur troubles dégénératifs, sa capacité de travail demeurait entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

B. Par rapport du 27 janvier 2020, le Dr W._____ s'est directement adressé à l'OAI et l'a informé que l'état de santé de l'assuré s'était sensiblement péjoré au cours de l'année 2019 et que sa demande de prestations devrait pouvoir être reconsidérée du fait d'une aggravation. Son patient présentait effectivement toujours des lombalgies chroniques

avec sciatalgies bilatérales aiguës intermittentes sur une discopathie L4-L5, L5-S1 avec déchirure annulaire, cette symptomatologie étant toutefois aggravée par un important déconditionnement musculaire et par un état dépressif sévère. L'aggravation portait également sur l'apparition de cervicalgies avec cervicobrachialgies et céphalées postérieures. Le médecin-traitant a fait état des limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical suivantes : ne pas pouvoir rester dans une position identique plus de dix minutes, travailler les bras au-dessus de la tête, travailler accroupie ou à genou, se pencher en avant ou avoir des rotations du rachis, travailler les bras au-dessus du niveau des épaules, soulever / porter des charges supérieures à 4 kg et travailler sur des échelles, des échafaudages ou des machines dangereuses. Par ailleurs les capacités d'attention, de compréhension et de changement étaient limitées, tout comme les capacités de résistance et de récupération. Le Dr W._____ a ajouté que depuis 2017 / 2018, l'assuré avait été dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle, et même de rechercher une opportunité professionnelle pouvant convenir à son handicap.

Par courrier du 31 janvier 2020, l' OAI a indiqué à l'assuré accuser réception du courrier du 27 janvier précédent du Dr W._____. Il l'a informé que si l'intéressé souhaitait que l'OAI réexamine une nouvelle fois son droit à des mesures professionnelles et à une rente, il devait déposer une nouvelle demande, accompagnée de toutes les annexes mentionnées dans le questionnaire. L'OAI a précisé que dans la mesure où une décision avait déjà été rendue par le passé, il appartenait à l'assuré de rendre plausible la modification de son degré d'invalidité. Dès lors, ce dernier devait joindre au questionnaire au moins un rapport médical contenant le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé depuis la précédente décision, le taux d'incapacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles et le pronostic. L'OAI a finalement averti l'assuré que si les pièces fournies étaient insuffisantes pour admettre une modification de son degré d'invalidité, il refuserait d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

Le 19 février 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande de rente AI et de mesures professionnelles auprès de l'OAI, faisant état d'une incapacité de travail de 100 % dès le 1^{er} février 2019.

Aux termes d'un compte rendu de la permanence du SMR, établi par la gestionnaire de l'OAI, après discussion avec le Dr B._____, médecin-conseil auprès du SMR, il a été considéré que le rapport du 27 janvier 2020 du Dr W._____ n'était pas suffisant pour admettre une aggravation de l'état de santé du recourant. Il convenait dès lors de ne pas entrer en matière, faute d'élément suffisant.

A teneur d'un projet de décision du 28 mai 2020, l'OAI a informé l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur la demande de prestations.

Dans une décision du 7 juillet 2020, l'OAI a confirmé son préavis de décision et n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 19 février 2020, étant donné l'absence de modification notable de la situation professionnelle ou médicale de l'assuré.

C. Par acte du 3 septembre 2020, C._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 7 juillet précédent, concluant implicitement à son annulation. Il a indiqué remettre en annexe « les arguments de son médecin » et a joint à son acte de recours un rapport du 2 septembre 2020 du Dr W._____, lequel avait mentionné que son courrier du 27 janvier 2020 relatif à la péjoration de l'état de santé du recourant restait intégralement valable et que la prise en charge médicale actuelle de l'intéressé portait sur une importante déformation dégénérative de l'épaule gauche et de l'articulation acromio-claviculaire avec épaule non fonctionnelle (telle que décrite dans un rapport IRM de l'épaule gauche du 18 février 2019), des céphalées postérieures avec cervicalgies et cervicobrachialgies (telles que décrites dans un rapport IRM du 23 juillet 2020), ainsi que sur des lombalgies chroniques avec lombosciatiques aiguës sur discopathies L4-L5

et L5-S1 et hernie postérieure paramédiane gauche (telles que décrites dans un rapport IRM du 22 juillet 2020). Ce médecin avait encore ajouté que les limitations fonctionnelles, telles que mentionnées dans son courrier du 27 janvier 2020, restaient également présentes et s'étaient même aggravées au cours des neuf derniers mois, notamment en ce qui concernait l'état dépressif réactionnel secondaire aux douleurs somatiques chroniques. Le Dr W._____ avait annexé à sa détermination un rapport du 5 août 2020 de U._____, ainsi qu'un rapport de radiographie du 17 juillet 2020, un rapport IRM de l'articulation lombo-sacrée du 22 juillet 2020 et un rapport IRM cervicale du 23 juillet 2020, tous établis par le Dr O._____.

Dans sa réponse du 14 octobre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours, indiquant que depuis la décision initiale de refus de rente du 7 juin 2019, la situation du recourant ne s'était pas aggravée de manière à modifier son droit aux prestations. Les éléments rappelés par le Dr W._____ dans son rapport du 27 janvier 2020 étaient, en effet, déjà connus au dossier.

Le 24 février 2021, le recourant a produit diverses pièces, dont notamment un rapport IRM lombaire du 24 février 2016 du Dr O._____, des rapports du 21 septembre 2017 et du 7 mars 2018 du Dr K._____, un rapport IRM cervicale du 5 février 2018 du Dr O._____, un rapport du 12 octobre 2020 du Dr M._____, spécialiste en rhumatologie, et un rapport du 22 février 2021 du Dr W._____.

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. En l'espèce, est litigieuse la question du bien-fondé du refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, déposée le 19 février 2020, par le recourant.

3. a) 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 (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure 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).

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'espèce, il convient d'examiner si le recourant a rendu plausible une modification de son état de santé, depuis la dernière décision reposant sur un examen complet de son droit à la rente, à savoir la décision du 7 juin 2019 de l'intimé.

a) D'emblée, il y a lieu de préciser que, conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 3c *supra*), les pièces produites postérieurement à la décision litigieuse du 7 juillet 2020 - soit, le rapport IRM lombaire du 24 février 2016 du Dr O._____, les rapports du 21 septembre 2017 et du 7 mars 2018 du Dr K._____, le rapport IRM cervicale du 5 février 2018 du Dr O._____, le rapport du 2 septembre 2020 du Dr W._____, le rapport du 5 août 2020 de U._____, ainsi que les rapports de radiographie du 17 juillet 2020, IRM de l'articulation lombo-sacrée du 22 juillet 2020 et IRM cervicale du 23 juillet 2020 du Dr O._____, le rapport du 12 octobre 2020 du Dr M._____ et le rapport du 21 février 2021 du Dr W._____ - ne doivent pas être prises en considération et examinées par la Cour de céans pour déterminer si le recourant a rendu plausible une modification notable de son invalidité. Pour ce motif, la requête du recourant tendant à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire doit être rejetée.

b/aa) Dès lors, le seul document apporté par le recourant dans le cadre de sa nouvelle demande de prestation, propre à démontrer une péjoration de sa situation et pouvant être examiné par la Cour de céans, correspond au rapport du 27 janvier 2020 du Dr W._____.

Au demeurant, on rappelle que le recourant a été invité, par courrier du 31 janvier 2020 de l'intimé, à déposer une nouvelle demande de prestations et à y joindre un rapport médical - au moins - contenant le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé depuis la précédente décision, le taux d'incapacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles et le pronostic, dans la mesure où une décision entrée en force avait déjà été rendue par le passé. Si le recourant a bien déposé le formulaire de demande de prestations en date du 19 février 2020, il n'a, en revanche, pas transmis d'autres rapports médicaux que celui du 27 janvier 2020 du Dr W._____, déjà en possession de l'intimé. L'intéressé n'a également pas réagi au projet de décision du 28 mai 2020 de l'intimé.

bb) S'agissant du rapport du 27 janvier 2020, le Dr W._____ revient, tout d'abord, sur l'atteinte somatique déjà connue de l'OAI, à savoir les lombalgies chroniques avec sciatalgies bilatérales aiguës intermittentes sur une discopathie L4-L5, L5-S1 avec déchirure annulaire. Il indique, à cet égard, que les lombalgies sont notamment aggravées par un important déconditionnement musculaire. Néanmoins, le Dr W._____ ne fait état d'aucun élément nouveau ou d'aggravation nouvelle par rapport à ses rapports des 10 avril 2017, 30 août 2017, 22 décembre 2017 et 11 février 2019. De même, les limitations fonctionnelles indiquées dans son rapport du 27 janvier 2020 - à savoir ne pas pouvoir rester dans une position identique plus de dix minutes, travailler les bras au-dessus de la tête, travailler accroupie ou à genou, se pencher en avant ou avoir des rotations du rachis, travailler les bras au-dessus du niveau des épaules, soulever / porter des charges supérieures à 4 kg et travailler sur des échelles, des échafaudages ou des machines dangereuses - correspondent, dans leur large majorité, à celles déjà évoquées par ce même médecin dans ses rapports du 30 août et 22 décembre 2017 - soit

l'impossibilité d'exercer une activité physiquement éprouvante, de rester debout ou assis dans une position figée longtemps, de travailler accroupi, à genoux ou les bras au-dessus de la tête, de se pencher en avant ou de soulever / porter des charges supérieures à 5 kg - et à celles retenues par l'intimé dans sa décision du 7 juin 2019 - à savoir que le recourant puisse alterner les positions assis-debout toutes les 15 à 20 minutes, qu'il n'effectue pas de travail en porte-à-faux et que le port de charges soit limité à un poids compris entre 5 et 7 kg. Plus important, le Dr W._____, dans son rapport du 27 janvier 2020, ne revient pas sur l'appréciation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, mais se contente d'indiquer que depuis 2017 / 2018, il avait été dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle, et même de rechercher une opportunité professionnelle pouvant convenir à son handicap.

Le Dr W._____ indique encore, aux termes de son rapport du 27 janvier 2020, que l'aggravation de l'état de santé porte également sur d'autres atteintes somatiques, à savoir l'apparition de cervicalgies avec cervicobrachialgies et céphalées postérieures. On indique, au préalable, que le diagnostic de cervicobrachialgies était déjà évoqué par le médecin-traitant dans son rapport du 22 décembre 2017 - et, dès lors, déjà pris en compte par l'OAI dans la décision du 7 juin 2019 -, seules les céphalées postérieures constituant une nouvelle atteinte. Dans les deux cas, pour fonder ces diagnostics, ce médecin ne s'appuie sur aucune constatation objective ou résultat d'examen médical objectif. De même, il n'en déduit aucune limitation fonctionnelle particulière ou de conséquence sur la capacité de travail du recourant.

Enfin, le Dr W._____ revient, toujours dans son rapport du 27 janvier 2020, sur l'état dépressif sévère du recourant, comme facteur aggravant les troubles somatiques susmentionnés. Or, cette même atteinte psychiatrique avait déjà été évoquée par ce médecin dans son rapport du 22 décembre 2017, dans lequel il retenait un état dépressif réactionnel sévère, avec troubles somatoformes. En comparaison à ce dernier rapport - déjà pris en compte par l'intimé dans sa décision du

7 juin 2019 -, le Dr W._____ n'apporte aucun nouveau élément et ne fait pas état de limitations fonctionnelles en lien cette atteinte psychologique qui auraient empêché une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques. Par ailleurs, aucun autre élément au dossier ne permet de conclure à un trouble psychique incapacitant chez le recourant.

Par conséquent, le rapport du 27 janvier 2020 du Dr W._____ n'atteste pas d'une modification notable de l'état de santé ou de la situation personnelle du recourant.

c) Au vu de ce qui précède, force est de constater que du point de vue de l'exigibilité d'une activité adaptée, la situation du recourant en 2020 reste superposable à celle prévalant lors de la décision du 7 juin 2019. Il y a dès lors lieu de retenir que le recourant n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force. C'est donc à juste titre que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité du 19 février 2020 du recourant.

5. a) Eu égard à ce qui précède, le recours interjeté par C._____, mal fondé, doit être rejeté. Partant, la décision rendue le 7 juillet 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

b) 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, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la 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 et n'était pas représenté (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 juillet 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de C._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- C._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :