

VD_FINDINFO AI 168/18 - 180/2020 vom 28. Mai 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_168_18_-_180_2020

FR: VD_FINDINFO AI 168/18 - 180/2020 du 28 mai 2020

IT: VD_FINDINFO AI 168/18 - 180/2020 del 28 maggio 2020

Regeste

REFUS D'ENTRER EN MATIÈRE SUR CERTAINS GRIEFS | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 28.05.2020 AI 168/18 - 180/2020

REFUS D'ENTRER EN MATIÈRE SUR CERTAINS GRIEFS | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 168/18 - 180/2020 ZD18.022585 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 28 mai 2020 _____ Composition : Mme Röthenbacher , présidente Mme _____ Di Ferro Demierre et M. Métral , juges Greffière : Mme _____ Popescu ***** Cause pendante entre : C. _____ , à la [...], recourant, représenté par Me Agnès von Beust, avocate à Bienne, 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) C. _____ (ci-après : l'assuré), ressortissant tunisien né en 1983, sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse durant le mois de mai 2005 pour y rejoindre son épouse. Deux enfants naîtront de cette union en 2007 et 2009, avant que le divorce ne soit prononcé en date du 20 juin 2011. Alors qu'il avait été engagé le 15 novembre 2005 en tant que nettoyeur pour une durée d'un mois, l'assuré a été victime d'une chute le 26 novembre 2005 depuis le quatrième étage de son immeuble. Il a été hospitalisé le jour même au Centre hospitalier S. _____ (ci-après : le S. _____), où ont été diagnostiqués un polytraumatisme avec syndrome partiel de la queue de cheval sur fracture Burst de L3, une fracture costale gauche D8, D9 et D10 avec discrets pneumothorax bilatéraux, ainsi qu'une fracture du bassin – atteintes traitées chirurgicalement les 26 et 30 novembre suivants. Sur le plan psychiatrique, les intervenants du S. _____ ont constaté que l'intéressé ne présentait pas d'état dépressif ou d'état psychotique constitué, ni de projet suicidaire, mais que l'on ne pouvait exclure des troubles de la personnalité. L'assuré a ensuite été transféré à la Clinique X. _____ (ci-après : la X. _____) le 12 décembre 2005 (lettre de transfert du 12 décembre 2005 des Drs J. _____, L. _____ et W. _____, respectivement médecin associé, cheffe de clinique adjointe et médecin assistant au Service de neurochirurgie du S. _____), qu'il quittera le 25 avril 2006. b) Le cas a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA). Cette dernière refusera ses prestations au motif d'une atteinte à la santé provoquée intentionnellement (décision du 30 avril 2007, confirmée sur opposition le 22 mai 2007), appréciation que suivra le Tribunal fédéral en dernière instance de recours (TF 8C_324/2010 du 16 mars 2011). c) Dans l'intervalle, le 24 février 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un placement ou d'une rente, aux motifs d'une fracture du bassin, d'une fracture de la colonne vertébrale et d'une épaule gauche déplacée. L'Office de l'assurance-invalidité pour le

canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a conséquemment entrepris l'instruction de cette requête. Aux termes d'un compte-rendu du 28 mars 2006, la Dre L. _____ a signalé une atteinte incapacitante sous forme de fracture éclatement de L3 avec syndrome partiel de la queue de cheval. Elle a également fait état d'une entière incapacité de travail depuis le 26 novembre 2006, pour une durée indéterminée, et estimé que le pronostic fonctionnel était plutôt faible. A la suite du séjour de l'assuré à la X. _____, un rapport de synthèse a été établi le 9 mai 2006 par les Drs M. _____, A. _____ et E. _____, respectivement spécialistes en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie et médecin assistant au Service de paraplégie de la X. _____. A titre de diagnostics étaient retenus une fracture Burst de L3 traitée par fixation postérieure L2-L3 avec corpectomie L3 et mise en place d'une cage le 30 novembre 2005, une paraplégie incomplète stade ASIA D de niveau sensitif L2 des deux côtés et de niveau moteur L2 à gauche, une fracture costale gauche 8, 9, 10 avec pneumothorax minime traité conservativement, et une fracture ischio-ilio-pubienne droite avec discrète diastase symphysaire (fracture du bassin de type Tile B stable). Concernant les comorbidités, étaient mentionnés un malaise évoquant une épilepsie partielle complexe avec occasionnellement généralisations secondaires, des gonalgies droites non spécifiques, des lombalgies non spécifiques, ainsi qu'une anémie ferriprive. En particulier, les médecins de la X. _____ ont exposé que, lors de son admission, l'assuré présentait une paraplégie incomplète stade ASIA B avec des douleurs importantes au niveau lombaire, des côtes et du bassin. L'examen neurologique montrait alors une atteinte motrice plus importante à gauche qu'à droite, avec une plégie presque complète de ce côté-là. Au niveau de la sensibilité, l'atteinte à droite était distale à partir des territoires S1 tandis qu'elle débutait en L1 à gauche, l'hypoesthésie étant accompagnée d'une allodynie annoncée à partir du territoire de L5. A son admission, l'assuré présentait par ailleurs une anémie ferriprive qui avait fait l'objet d'un premier traitement substitutif de fer, puis d'un second traitement en vue d'éradiquer une gastrite chronique modérément active avec présence d'*Helicobacter Piloni*. Les médecins de la X. _____ ont ajouté que, lors de son admission, l'assuré signalait des malaises qualifiés d'épisodes de « vertiges » et ont conclu, à cet égard, à une épilepsie avec des crises partielles végétatives, puis partielles complexe, suivies fréquemment de généralisation secondaire ; ils ont toutefois précisé que les éléments objectifs ne permettaient pas d'attribuer la grande majorité des malaises décrits (et observés) à l'épilepsie. Ils ont également indiqué qu'un consilium psychiatrique avait été réalisé, ne mettant en évidence aucune pathologie mais évoquant plutôt un patient anxieux et réagissant de manière adéquate aux événements. L'assuré avait en outre bénéficié d'une prise en charge auprès du service d'ergothérapie, avec une évolution favorable lui permettant d'être totalement autonome pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne. Un bilan urodynamique avait de surcroît permis l'ablation de la sonde urinaire dont l'intéressé était initialement porteur et, du point de vue des selles, le patient, qui à son admission déclarait ne pas avoir le contrôle, avait au final indiqué ressentir le besoin normalement. S'agissant de la persistance des plaintes concernant les douleurs au genou droit, les médecins ont retenu l'existence d'un syndrome fémoro-patellaire favorisé par la fonte musculaire, avec une surutilisation du membre inférieur droit, compte tenu d'une meilleure récupération musculaire qu'à gauche. Les spécialistes de la X. _____ ont observé par ailleurs que la récupération neurologie motrice du membre inférieur droit était complète même s'il persistait un déficit d'endurance, que pour le membre inférieur gauche on notait un déficit global plus marqué au niveau du quadriceps, et que la sensibilité était diminuée en L3 à droite et en L3-L4-L5 à gauche. Par conséquent, la paraplégie incomplète avait

évolué d'un stade ASIA C à un stade D. Les Drs M. _____, A. _____ et E. _____ ont en outre attesté une incapacité de travail de 100% dans la profession de nettoyeur. Dans un rapport du 7 septembre 2006 consécutif à une consultation de la veille, le Dr A. _____ a retenu que la situation était stable sur le plan neurologique, qu'il n'y avait pas de changement des plaintes au niveau ostéoarticulaire, que les douleurs lombaires semblaient en lien avec une dysbalance musculaire à la marche et que, même si la fonction vésico-sphinctérienne paraissait normale, il y avait tout de même une altération de la sensation de plénitude vésicale et des brûlures péniennes occasionnelles, plaintes qui ne gênaient pas vraiment le patient. Le 30 octobre suivant, le Dr A. _____ a adressé à l'OAI un rapport considérant comme incapacitantes la fracture Burst de L3 et la paraplégie incomplète stade ASIA D. S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, étaient signalées la fracture costale gauche 8, 9 10 avec pneumothorax minime traité conservativement, la fracture du bassin de type Tile B, ainsi que des gonalgies droites non spécifiques. Le Dr A. _____ a exposé que l'évolution était bonne sur les plans neurologique et somatique. Il a précisé que l'assuré garderait des douleurs aussi bien rachidiennes qu'au genou droit, qu'il restait dépendant d'une paire de cannes pour ses déplacements et que, à presque une année de l'événement, une amélioration sur le plan neurologique était peu probable. Cela étant, le Dr A. _____ a considéré que, sur le plan somatique, l'assuré pouvait de suite être réadapté dans une profession sédentaire, l'exigibilité d'une telle réadaptation restant à vérifier sur le plan psychique. Il a ainsi arrêté la capacité de travail à 100% dès le 1^{er} novembre 2006 dans une activité sédentaire, pour autant qu'il n'y ait pas d'incapacité sur le plan psychiatrique. Ce médecin a en outre relevé que, le 3 septembre 2006, l'assuré avait été hospitalisé à la Fondation [...]. Dans un rapport du 12 mars 2007, les Drs K. _____ et G. _____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistant à la Fondation [...], ont retenu des atteintes se répercutant sur la capacité de travail sous forme d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, de trouble de la personnalité à traits mixtes, immatures et dépendants, d'épilepsie partielle complexe avec occasionnelle généralisation secondaire et de paraplégie incomplète niveau sensitif L2 des deux côtés et de niveau moteur L2 à gauche. Ces médecins ont par ailleurs fait état d'une entière incapacité de travail depuis le 26 novembre 2005 et émis un pronostic réservé, soulignant que l'assuré développait un état dépressif extrêmement marqué. L'assuré a effectué un nouveau séjour à la X. _____ du 14 mars au 5 avril 2007. Aux termes d'un rapport de synthèse du 12 avril 2007, le Prof. M. _____, le Dr A. _____ et la Dre O. _____, médecin assistante au Service de paraplégie de la X. _____, ont exposé avoir mis en évidence plusieurs problèmes. Concernant la paraplégie incomplète stade ASIA D, de niveau sensitivo-moteur L2 à gauche, ils ont plus particulièrement signalé une récupération neurologique avec une normalisation de la sensibilité du membre inférieur droit et une amélioration de la force musculaire du membre inférieur gauche depuis le précédent séjour du patient ; ils ont précisé que, du point de vue fonctionnel, l'intéressé présentait une autonomie totale pour toutes les activités quotidiennes, qu'elles fussent élémentaires ou plus élaborées. L'intéressé se déclarait en outre asymptomatique au niveau urinaire, sous réserve parfois d'un besoin d'uriner se manifestant peu de temps après une première miction. Les médecins de la X. _____ ont par ailleurs mentionné des douleurs lombaires, latéralisées à gauche, intermittentes, augmentant à la marche et à l'effort et diminuant au repos, avec une mobilité modérément limitée au niveau dorsal bas et très fortement diminuée, voire nulle, au niveau lombaire, principalement entre L2 et L4. Ils ont en outre rapporté des gonalgies droites, irradiant sous forme de brûlures crânialement vers

la fesse, constantes, augmentées par l'effort, la marche et la station assise prolongée – douleurs auxquelles le bilan extensif pratiqué n'avait pu trouver d'explication. Ces praticiens sont par ailleurs revenus sur le diagnostic de crises d'épilepsie, celui-ci ayant été considéré comme peu probable selon un nouvel avis neurologique. Ils se sont par ailleurs référés à l'appréciation du psychiatre Q. _____, concluant à un vraisemblable trouble de la personnalité de type dépendant. Sur cette base, les médecins de la X. _____ ont retenu que seules les séquelles neurologiques et orthopédiques justifiaient une incapacité de travail, laquelle était de 100% dans le domaine du nettoyage, respectivement de 50% dans une activité adaptée, sans port de charge et permettant une alternance des positions assise et debout. Le 11 décembre 2007, la Dre T. _____ et H. _____, respectivement médecin assistante et psychologue adjoint à la Fondation [...], ont établi un compte-rendu reprenant en substance la teneur de celui du 12 mars 2007. Aux termes d'un rapport du 10 janvier 2008, le Dr D. _____ et Z. _____, respectivement médecin adjoint et psychologue associé à la Fondation [...], ont posé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Ils ont également souligné qu'il leur était difficile de se prononcer quant à l'évolution de la symptomatologie psychiatrique, eu égard à la brièveté du séjour hospitalier effectué par l'assuré du 2 au 13 septembre 2006. Dans un rapport du 28 mai 2008, les Dres N. _____, cheffe de clinique à la Fondation [...], et T. _____ ont retenu que l'assuré souffrait d'une humeur dépressive, d'une diminution de l'intérêt et d'une augmentation de la fatigabilité ; il avait en outre perdu toute confiance en lui-même, pensait souvent à la mort, présentait un ralentissement de la pensée et de la psychomotricité, ruminait et souffrait de troubles d'endormissement. Elles ont ajouté que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé pendant un certain temps, mais qu'il était actuellement stationnaire. Elles ont précisé que l'incapacité de travail était toujours totale. Sur mandat de l'OAI, l'assuré a fait l'objet d'une expertise psychiatrique réalisée par le Dr V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 19 décembre 2008, ce dernier a en résumé conclu à l'absence d'atteinte psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail, évoquant uniquement un status post épisode dépressif. L'expert a plus précisément retenu que l'assuré présentait actuellement une symptomatologie dépressive résiduelle, disparate et non incapacitante, étant précisé qu'un épisode dépressif avait existé dans le passé mais que l'on ne pouvait en déterminer le degré, pas plus que l'on ne pouvait conclure à la présence d'un état incapacitant durable. Par avis du 27 janvier 2009 se référant aux conclusions de l'expert V. _____, le Dr R. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu que l'incapacité de travail était totale dans l'activité de nettoyeur mais que l'exigibilité était en revanche entière dans une activité adaptée et ce depuis la sortie de la X. _____. Selon le Dr R. _____, le début de l'aptitude à la réadaptation devait être fixé au 1^{er} novembre 2006. Sur interpellation du Dr R. _____, le Dr A. _____ a indiqué, le 3 août 2009, qu'après lecture des différentes pièces du dossier, il estimait la capacité de travail actuelle, sur les plans neurologique et musculo-squelettique, à 100% dans une activité adaptée sédentaire. Dans un compte-rendu du 17 décembre 2009 à l'OAI, le Dr U. _____, médecin praticien traitant depuis le mois de juin 2009, a posé les diagnostics de « fractures multiples du bassin côté droit, de L3, et L2 à L4: vis et plaques+ tendinite rotulienne droite+ autres troubles neuro-végétatifs et autres ». Selon ce médecin, l'intéressé présentait des limitations fonctionnelles qui contre-indiquaient le port de charges au-delà de 3 kg et rendaient quasi impossibles les positions penchées en avant du buste. Etaient également signalées une instabilité de la jambe gauche (lâchage du genou gauche), ainsi que des douleurs du bas du

dos et des membres inférieurs engendrées par les positions prolongées debout. S'y ajoutaient des troubles sphinctériens sérieux (« non sensation de devoir aller à selle ou miction ») lorsque les efforts de mobilité étaient continus et poursuivis. Par décision du 26 janvier 2010 confirmant un projet du 17 février 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'intéressé eu égard à un taux d'invalidité de 10%. Aux termes d'un compte-rendu du 23 février 2010 adressé à l'OAI, le Dr Y. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment observé que l'assuré présentait un syndrome radiculaire déficitaire L4-L5 droit induisant une amyotrophie majeure au niveau du membre inférieur droit. Se référant à une claudication neurogène permanente induisant la création d'un canal lombaire étroit post-opératoire, le Dr Y. _____ a plus particulièrement préconisé une évaluation neurochirurgicale. Il a ajouté qu'à son avis, l'intéressé était capable, vu son âge et sa détermination, d'effectuer son travail de nettoyeur à 50% à condition que ce taux soit reporté sur les heures de travail journalières. d) Le 26 février 2010, C. _____ a déféré l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans ce contexte, le prénommé a notamment produit une attestation du Dr Y. _____ du 23 février 2010 identique à celle adressée à la même date à l'OAI, exception faite de la capacité travail qui était évaluée à 50% dans une activité adaptée. Il a également transmis un rapport établi par le Dr A. _____ le 12 janvier 2011, consécutivement à un examen pratiqué la veille. Ce médecin y exposait que les problèmes principaux restaient les mêmes – à savoir des douleurs rachidiennes, des douleurs aux membres inférieurs et des lâchages du membre inférieur gauche – et que s'y ajoutaient des difficultés pour initier une miction, qui n'étaient pas présentes en 2007. Quant à l'examen neurologique, il n'était pas tout à fait superposable au précédent puisqu'évoquant une problématique au niveau D12 à gauche. Cela étant, le Dr A. _____ préconisait un nouveau séjour à la X. _____. Ultérieurement, l'intéressé a encore versé en cause divers documents, dont un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dorso-lombaire du 28 avril 2011, aux termes duquel le radiologue P. _____ concluait à un status après bloc vertébral L2-L4 avec, d'une part, un aspect raccourci du fourreau dural probablement en lien avec le traumatisme et, d'autre part, une image de cicatrices radiculaires à la hauteur de L3 à gauche et autour des racines entre L4 et S1, sans image de canal étroit ou rétréci. L'assuré a également produit un rapport établi conjointement par les Drs Y. _____ et U. _____ le 5 mai 2011, relevant que le patient – « très anéanti, déprimé et dans un immense désarroi » face aux doutes émis par les « assureurs et autres autorités » quant aux circonstances de l'événement du 26 novembre 2005 – présentait les atteintes à la santé suivantes : « Trauma chute de 4 étages (26 novembre 2005) : fractures multiples du bassin côté droit, de L3, et L2 à L4 : vis et plaques + tendinite rotulienne droite + autres troubles neuro-végétatifs et autres - douleur de l'hémi bassin droit et fessière droite obligeant le patient à se positionner et s'asseoir sur la fesse gauche afin d'éviter l'appu[i] sur l'hémi bassin droit, douleur du genou droit de type syndrome fémoro-patellaire prenant le pli de l'aîne et descendant au pied droit[.] - lombalgies hyper algiques à irradiation à la fesse droite et au membre inférieur droit : impossibilité de porter une charge supérieure à 2-3kg sans ressentir une lancée dans le dos qui l'oblige à lâcher la charge. - examen test mains sol 40 cm, talons fesses irréalisable, syndrome déficitaire L5 avec absence de réflexe achilléen gauche et amyotrophie quadricipitale gauche. - les positions penchées en avant du buste sont quasi impossibles ainsi qu'il existe une instabilité de la jambe gauche : lâchage du genou gauche. - dysfonction sacro-iliaque gauche se manifestant par une démarche boiteuse contrôlée par la volonté du patient pour cacher son handicap au prix d'une douleur.

- les positions prolongées debout déclenchent des algies du bas du dos et des membres inférieurs. - troubles sphinctériens handicapants, aggravés par la fatigue et le stress : ces troubles se manifestent par la peine d'initier le jet urinaire parfois après toute une journée de rétention avec sensation de brûlures, et tous les 2 ou 3 jours une défécation qui prend parfois plus d'une heure pour être amorcée, et ceci en se relaxant et tapotant le ventre ainsi que d'autres manœuvres Valsalva ou autre pour l'initier sans lesquelles le patient se sent pris d'un malaise qui perdure au lendemain - au niveau sexuel, le patient n'a pas la sensation physique ou pénienne d'érection, l'excitation ne se faisant qu'au niveau mental et psychologique. » Statuant le 27 avril 2012 (AI 80/10 – 319/2012), la Cour des assurances sociales a admis le recours de l'assuré, annulé la décision de l'OAI du 26 janvier 2010 et renvoyé la cause à cet office pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. D'une part, la juridiction cantonale a reconnu pleine valeur probante à l'expertise du Dr V. _____ et, partant, a retenu que l'assuré ne présentait pas de troubles psychiques incapacitants (consid. 5a). D'autre part, le tribunal a estimé que les avis médicaux au dossier ne permettaient pas de statuer en connaissance de cause sur la nature précise des troubles somatiques et leur impact éventuel sur la capacité de travail de l'assuré (consid. 5b). Cela étant, il y avait donc lieu de renvoyer l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire comportant en particulier des volets neurologique et orthopédique (consid. 6b).

B. Dans l'intervalle, soit du 27 décembre 2011 au 18 janvier 2012, l'intéressé a effectué un nouveau séjour à la X. _____, à l'issue duquel un rapport de synthèse a été établi le 27 janvier 2012 par le Dr A. _____ et la Dre EE. _____, médecin assistante auprès de ladite clinique. Il en résultait notamment ce qui suit : « Du point de vue urologique, M. C. _____ dit uriner habituellement 3 à 4 fois par jour sans nycturie. La fatigue, l'état de stress, les efforts diminuent sa sensation à la miction et parfois, il n'urine qu'une fois par jour. Pas de notion d'infection urinaire récente. Par ailleurs, à la demande, il confirme la présence parfois de brûlures urinaires. Le bilan sanguin d'entrée ne montre pas de syndrome inflammatoire. Le dosage du PSA et cystatine-C est dans les limites de la norme. La culture des urines montre plusieurs espèces à 104, mais aucune antibioticothérapie n'est appliquée dans ce cas. Les débitmétries effectuées le 29 et 30.12.2011, en position debout, avec un besoin normal et Valsava, montrent une récolte de 193 et 295 ml et des résidus de 172 et 151 ml. La courbe est en dents-de-scie avec jet intermittent. Un bilan urodynamique n'a pas été effectué au vu des réticences du patient. Une échographie rénale, effectuée le 06.01.2012, est dans les limites de la norme. Nous considérons la situation stable ne nécessitant pas d'intervention ou propositions thérapeutiques. [...] Du point de vue ostéo-articulaire, le patient se plaint de lombalgies permanentes, augmentées à l'effort physique, sans aucune amélioration avec la médication actuelle. De la physiothérapie passive occasionnelle donne un effet temporaire. Le patient cote ses douleurs entre 6-7 sur 10 jusqu'à 10/10. Seul le changement de position le soulage un peu. Depuis quelques mois, le médecin traitant préconise le port d'une ceinture lombaire. Une radiographie du rachis lombaire, du 29.12.2011, ainsi qu'une radiographie fonctionnelle du rachis de la colonne lombaire du 17.01.2011, ne montrent pas de problème du matériel d'ostéosynthèse, ni signe d'instabilité. Le patient est gêné par des gonalgies droites avec irradiation distale et proximale déjà investiguées pendant le séjour de 2007, sans découverte d'indication aux douleurs présentées. Depuis quelques mois, le patient porte une genouillère qui vraisemblablement ne le soulage pas. Une radiographie standard des genoux, effectuée le 29.12.2011, ne montre pas de lésion osseuse traumatique, ni arthrose, ni calcification dans l'Interligne articulaire. Au niveau de son membre

inférieur gauche, le patient décrit des épisodes de lâchage, motivant le port d'une cheville. En ce qui concerne les déplacements, il s'agit d'un patient qui marche de manière autonome à l'intérieur et à l'extérieur. Parfois, il utilise une canne. Au cours de l'hospitalisation, le patient nous a signalé à plusieurs reprises l'accentuation de lombalgies, avec un examen clinique et neurologique inchangés et soulagement après le repos. Enfin, signalons la présence de quelques signes non-organiques décrits par Waddell dans les lombalgies non-organiques: rotation du tronc et appui axial douloureux, mimique de la douleur[r], troubles sensitifs ne respectant pas des dermatomes et non-reproductibles, Lasègue assis à 90°, couché à 70° avec un Braggard négatif. Du point de vue neurologique, aucune hypertonicité n'est constatée, si [sic] spasmes. Le Lyrica diminue l'intensité des douleurs neurogènes. En ce qui concerne des troubles sensitivomoteurs, le patient ne déclare aucun changement ces dernières années. M. C. _____ a été examiné à plusieurs reprises et l'examen n'est pas reproductible. Tantôt nous obtenons un niveau D9, puis D12 et finalement le niveau retenu dans la liste des diagnostic[s], niveau qui se rapproche le plus à la description initiale de la paraplégie. Un ENMG, effectué le 16.01.2012[,] est sommaire car mal toléré par le patient. Les neurographies sensitives sont dans la norme au membre inférieur gauche, témoignant ainsi d'une atteinte pré-ganglionnaire. On relève des signes d'une neuropathie axonale motrice de degré léger au niveau du nerf péronier gauche (diminution de l'amplitude motrice, un potentiel de dénervation à l'EMG). Du point de vue psychique, pendant le séjour de 2007, les troubles de la personnalité de type dépendants avaient été retenus. Par la suite, M. C. _____ avait séjourné à la Fondation [...] et suivi jusqu'à fin 2009 à la consultation ambulatoire à [...]. Il avait interrompu de son propre chef le suivi. Une nouvelle évaluation psychiatrique a été effectuée le 29.12.2011. Le tableau clinique est plutôt rassurant et ne relève pas de psychopathologie majeure hormis quelques éléments dépressifs et anxieux. Du point de vue thérapeutique, le psychiatre propose l'instauration de Cymbalta 60 mg le soir, dans le contexte des douleurs neuropathiques et d'éléments dépressifs légers. Au cours du séjour, le patient a bénéficié d'un suivi psychologique individuel centré sur la gestion des douleurs. L'évolution à la fin du séjour reste entravée par des plaintes diverses qui constituent l'expression d'une attente passive (et un peu revendicatrice) de "réparation". Il a été encouragé à [s]e décentrer du passé et à s'investir dans la construction de son avenir. La reprise d'un suivi psychiatrique peut se justifier si le patient en fait les démarches, et pour autant que ce suivi soit orienté vers une reprise d'activité. [...] Evolution neurologique, aucune.] Du point de vue de l'autonomie, le patient est indépendant dans l'ensemble des gestes de la vie quotidienne. [...] [...] INCAPACITE DE TRAVAIL 100 % du 27.12.2011 au 18.01.2012 (hospitalisation) Le patient peut se projeter dans une activité à mi-temps, l'après-midi, précise-t-il. Il n'a cependant aucun projet précis et est dans l'attente d'une aide dans ce sens. Nous l'encourageons à chercher une activité lucrative ou occupationnelle. » C. Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire (axée sur les plans neurologique, de médecine interne et orthopédique) dont le mandat a été confié à la Clinique B. _____. Ont plus particulièrement été désignés experts la Dre BB. _____, spécialiste en neurologie, et le Dr CC. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lesquels ont examiné l'assuré respectivement les 2 et 22 avril 2013. Le 23 septembre 2013, un nouvel examen a eu lieu avec le Dr DD. _____, neurologue. Outre le dossier soumis par l'OAI, les experts se sont vu communiquer diverses pièces médicales dont une attestation émise le 4 novembre 2009 par le Dr U. _____ au contenu identique à celle du 17 décembre 2009, une correspondance

adressée le 4 juin 2010 par ce médecin à l'Office du médecin cantonal préconisant la mise en œuvre d'un bilan à la S. _____, une nouvelle attestation du Dr U. _____

24 février 2012 portant sur l'octroi d'une aide à domicile, ainsi qu'un compte-rendu du 29 août 2012 de ce praticien à la Polyclinique de [...] exposant la situation du patient. Dans un compte-rendu établi le 3 juin 2013, le neurochirurgien FF. _____ exposait en outre que l'intéressé était surtout gêné par des lombosciatalgies droites chroniques, que la fusion de L3 à L5 était bonne et qu'une IRM montrait par ailleurs un pseudokyste arachnoïdien L2-L4 avec une très probable lésion de la queue de cheval à ce niveau et une brèche de la dure-mère, atteinte séquellaire non accessible à un traitement étiologique (décompression, fusion, etc.) de sorte que l'introduction de Trileptal était proposée voire, en cas d'échec, un stimulateur médullaire dorsal. Le rapport d'expertise a ensuite été établi le 4 octobre 2013 en deux versions, la première englobant les dossiers médical et asséurologique transmis aux experts et la seconde – à laquelle on se référera ci-après – ne comportant que l'analyse proprement dite de ces derniers. Dans leur rapport, les experts CC. _____, BB. _____ et DD. _____ ont posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de fracture de type Burst de L3, en phase de séquelles à type de raideur, et de paraplégie incomplète stade ASIA D, en phase stabilisée. Ils ont en outre retenu les diagnostics suivants sans incidence sur la capacité de travail, en phase de status post : fractures costales gauches D8, D9 et D10, fracture du bassin Tile B, légère diastase des apophyses articulaires C1-C2 avec odontoïde excentré, pneumothorax minime avec discrète contusion pulmonaire à droite et anémie ferriprive sur gastrite chronique. Les experts ont de surcroît écarté les diagnostics de syndrome fémoro-patellaire, de lombalgies non spécifiques, d'épilepsie et de syndrome radiculaire. Concernant la douleur, ils ont noté qu'elle était évaluée à 9/10 par l'assuré, ce qui était contradictoire avec l'absence totale de prise d'antalgiques. S'agissant des troubles vésico-sphinctériens signalés lors de l'expertise comme en 2011 et 2012, ainsi que des difficultés d'initier les mictions décrites en 2011, les experts ont évoqué un lien vraisemblable avec d'éventuels troubles vésico-sphinctériens neurologiques. L'assuré expliquait en outre que, plus il était fatigué, moins il ressentait l'envie d'uriner ou d'aller à selle, mais que la défécation se passait normalement hormis des brûlures tant anales qu'urinaires, qui étaient décrites comme occasionnelles (« parfois ») – comme lors de l'examen de janvier 2012 à la X. _____ – et non continues. Les experts ont également noté qu'il n'y avait pas de fuites urinaires, ni de réelles dysuries et que l'échographie rénale réalisée le 10 [sic] janvier 2012 confirmait une vascularisation homogène sans dilatation des voies urinaires ni anomalie urétérale. Pour le reste, les spécialistes de la Clinique B. _____ ont plus particulièrement exposé ce qui suit : « Discussion et synthèse pluridisciplinaire 1. SYNTHÈSE a. Signes cliniques et paracliniques principaux Il n'y a plus aucun symptôme en rapport avec les fractures costales gauches D8, D9 et D10, ni avec la fracture du bassin TILE B. Notamment, on note l'absence d'instabilité à la mobilisation du bassin. Au niveau du rachis, il existe une certaine raideur dorso-lombaire avec une DDS de 50cm en position debout et de 20cm en position couchée, suggérant la participation d'un syndrome de surcharge. L'imagerie révèle une parfaite position de l'arthrodèse L2-L4, avec la cage intersomatique L3. La mobilisation des ailes iliaques provoque une douleur au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Au niveau des membres inférieurs, l'examen clinique actuel a montré l'absence de signe en faveur d'une réelle pathologie fémoro-patellaire. L'examen du genou est strictement normal avec plus particulièrement des genuflexions unipodales droites, effectuées sans aucune douleur, et des examens de l'appareil fémoro-patellaire complètement indolores associés à une mobilité normale du

genou droit. Sur le plan neurologique, l'expertise retient des séquelles fixées d'une compression traumatique de la queue de cheval. Il persiste à droite un très discret déficit S1 avec amyotrophie séquellaire et à gauche un déficit sensitif de niveau L2. L'intensité du déficit moteur du membre inférieur gauche ne peut pas être valablement cotée, car entachée d'une majoration évidente. Toutefois, au vu des possibilités de marche et des rapports précédents, un déficit inférieur à M4 est improbable, permettant de classer les séquelles ASIA D. b. Etat actuel, interactions et évolution prévisible Pour les fractures costales, la rémission significative est atteinte à six mois d'évolution post-traumatique, soit dès le 26 mai 2006, devant l'absence de toute plainte au-delà de cette période tant à l'examen des différents dossiers qu'à l'anamnèse. Concernant les fractures du bassin TILE B, elle est atteinte au plus tard le 7 septembre 2006, soit à un peu plus de neuf mois d'évolution post-traumatique. En effet, aucun symptôme en lien avec ce diagnostic n'est déjà plus relevé dans le rapport de la X. _____ établi à cette date. Pour la fracture type BURST de L3, la stabilisation est atteinte à deux ans d'évolution du traumatisme, soit le 26 novembre 2007, vu l'absence d'évolution clinique significative au-delà de cette période. Pour sa part, la pathologie neurologique est stabilisée depuis mars 2007. Les plaintes actuelles ne s'expliquent pas sur le plan objectif en ce qui concerne leur intensité. En outre, lors des différents examens, entre 2006 et 2012, des discordances ont déjà été relevées. Elles portent notamment sur la DDS, retrouvée à 50cm lors de l'expertise actuelle alors qu'elle était à 5cm au terme du premier séjour auprès de la X. _____ en avril 2007. En outre, on note la présence de 3/5 signes de WADDELL. Les versions sur la nature des troubles ont été modifiées, l'épilepsie affirmée n'existe pas et n'a vraisemblablement jamais existé, les descriptions de détérioration de l'atteinte à la santé ne résistent pas à l'examen clinique et parfois pas à l'anamnèse, Monsieur C. _____ évoque un coma et un report d'intervention qui n'existent pas dans les dossiers : l'expertise actuelle a donc permis de mettre en évidence l'absence d'explication objectivable pour les plaintes alléguées augmentées. Il existe une tendance globale à la majoration, laquelle fait écho à l'absence de futur que décrit l'expertisé. La situation est touchante sur le plan humain, mais ne fait pas lien avec une gravité médicale. En effet, tout au contraire, l'assuré a particulièrement bien récupéré de sa chute, l'atteinte étant finalement modérée par rapport à ce qu'elle aurait pu être. Sur le plan purement objectif, il existe des limitations, mais celles-ci sont en rapport avec des atteintes stabilisées. c. Chances de succès d'une réadaptation Les chances de succès sont faibles. L'intéressé a déclaré penser ne pouvoir faire qu'un 50% et uniquement l'après-midi, position appuyée par certains médecins intégrant ses plaintes dans l'évaluation. Or, sur le plan purement clinique, un travail adapté est tout à fait réalisable, car si la chute a été importante, la récupération est plutôt excellente. Le jour de l'expertise, l'exploré a expliqué qu'il ne voit pas ce qu'il pourrait faire puisqu'il est déjà limité dans son quotidien, ce qui n'a pas été validé ni sur le plan orthopédique ni du point de vue neurologique. Il a mis en avant son absence de formation et des difficultés linguistiques ont été soulignées, ce qui renvoie à des facteurs non médicaux. Par ailleurs, son avocat appuie que la profession en lien avec les limitations doit être trouvée. Tous ces facteurs non médicaux vont peser lourdement dans les chances de succès d'une réadaptation, puisque l'investigué est apte, sur le plan purement orthopédique et neurologique, à travailler à 100%, ce qu'il conteste depuis l'origine. En effet, l'examiné annonce une aggravation de sa situation au fil des années, laquelle n'est pas validée sur le plan médical. Les tentatives d'appréciation de la capacité de travail se sont heurtées à l'arrêt de ceux-ci, la dernière évaluation en montage simple ayant été cessé au bout d'une demi-heure en 2007 et d'une heure en 2011 au motif de plaintes multiples, étant

souligné l'augmentation du temps de présence malgré une détérioration annoncée dans le discours. Une attitude passive avec attente de solution externe, sentiment d'injustice et attente de réparation a été aussi décrite. Il est à craindre, dans ces conditions, que toute tentative de retour à l'emploi soit marquée par une augmentation des plaintes, lesquelles ne pourront être corroborées sur le plan purement clinique, comme ceci a été le cas au cours de la présente expertise. L'expertisé a un niveau baccalauréat, non obtenu. Il est donc apte à travailler dans un certain nombre de profession, ne requérant pas spécifiquement une formation. Il peut par exemple travailler comme téléphoniste (avec un bureau adapté) étant quand même rappelé qu'il est arrivé sur le territoire helvétique depuis 2005 et n'a toujours pas acquis la langue francophone correctement malgré huit années, ce qui renvoie à sa motivation d'apprentissage puisque son niveau scolaire n'est pas en cause. Il peut réaliser de la saisie informatique, ne requérant pas de connaissances spécifiques. Un travail dans l'industrie légère est envisageable, mais le poste de travail devra d'abord être étudié au niveau ergonomique, puisque le porte-à-faux lombaire et dorsal reste déconseillé. L'assuré a travaillé dans le tourisme et il pourrait être conseillé dans cette branche. Par contre, ayant également travaillé en tant que caissier et magasinier, l'activité de caissier est à éviter en raison de la station assise et des porte-à-faux pour le scannage de certains produits, un poste de magasinier étant aussi délicat tant au niveau des déplacements que de la station debout prolongée. Cependant, certains postes de travail comme le contrôle de pièces pourraient être réalisés. L'ensemble réfère à l'OAI VD et idéalement, il aurait pu être souhaitable que l'intéressé puisse tester divers postes de travail pour pouvoir choisir en fonction de ses souhaits. Cependant, comme son souhait exprimé semble plus passif et non orienté vers un retour à l'emploi, les chances de succès semblent faibles. Sur le seul plan médical, les chances de succès sont pourtant totalement préservées. Une évaluation plus longue, avec hospitalisation, ne changera pas cet état de fait.

2. FACTEURS NON MEDICAUX SUSCEPTIBLES D'INTERFERER AVEC LA CAPACITE DE TRAVAIL [] âge [] problème au poste de travail [x] problèmes familiaux [] stupéfiants (troubles primaires) [] difficultés financières [] accident [x] autres facteurs : absence de poste de travail et de formation professionnelle diplômante. Commentaire : Les problèmes familiaux actuels, associés à l'absence de poste de travail alors que l'exploré n'a aucune formation professionnelle, peuvent interférer de manière négative à la reprise d'une activité professionnelle, et contribuer ainsi à la poursuite de l'incapacité.

3. LIMITATIONS ET CAPACITE DE TRAVAIL DANS LE DERNIER EMPLOI

Limitations dans le dernier emploi relevant de l'AI Diagnostics

APPAREIL LOCOMOTEUR	Fractures costales gauches D8, D9 et D10	Nihil	Fracture du bassin TILE B	Nihil	Fracture de type BURST de L3	Station debout prolongée	Marche prolongée	Position en porte-à-faux dorsale et lombaire	Port de charges légères (jusqu'à 10 kg occasionnellement et/ou < 5kg souvent)	Déplacement en hauteur	Légère diastase des apophyses articulaires C1-C2 et odontoïde excentré	Pneumothorax minime et discrète contusion pulmonaire droite	Anémie ferriprive sur gastrite chronique	Nihil
NEUROLOGIE	Paraplégie incomplète, stade ASIA D	Station debout prolongée	Marche prolongée	Port de charges très légères (<5kg occasionnellement)	Capacité de travail dans le dernier emploi, relevant de l'AI Diagnostics	Depuis le %	Capacité de travail	Jusqu'au	Horaire	Rendement				
APPAREIL LOCOMOTEUR	Fractures costales gauches D8, D9 et D10	26 novembre 2005	0%	0%	26 mai 2006	27 mai 2006	100%	100%	Indéterminé	Fracture du bassin TILE B	26 novembre 2005	0%	0%	6 septembre 2006
		7 septembre 2006	100%	100%	Indéterminé	Fracture de type BURST de L3	26 novembre 2005	0%	0%	Définitif	Légère diastase des apophyses articulaires C1-C2 et			

odontoïde excentré - Pneumothorax minime et discrète contusion pulmonaire droite 26 novembre 2005 0% 0% 25 février 2006 26 février 2006 100% 100% Indéterminé Anémie ferriprive sur gastrite chronique Toujours 100% 100% Indéterminé NEUROLOGIE Paraplégie incomplète, stade ASIA D 26 novembre 2005 0% 0% Indéterminé Total 26 novembre 2005 0% 0% Définitif 4. LIMITATIONS ET CAPACITE DE TRAVAIL DANS UN EMPLOI ADAPTE Limitations dans un emploi adapté relevant de l'AI Diagnostics Limitations APPAREIL LOCOMOTEUR Fractures costales gauches D8, D9 et D10 Nihil Fracture du bassin TILE B Nihil Fracture de type BURST de L3 - Stations debout et assise prolongées - Marche prolongée - Position en porte-à-faux dorsale et lombaire - Port de charges légères (jusqu'à 10 kg occasionnellement et/ou < 5kg souvent) - Déplacement en hauteur - Conduite d'un véhicule professionnel - Légère diastase des apophyses articulaires C1-C2 et odontoïde excentré - Pneumothorax minime et discrète contusion pulmonaire droite - Anémie ferriprive sur gastrite chronique Nihil NEUROLOGIE Paraplégie incomplète, stade ASIA D - Stations debout et assis[e] prolongées - Marche prolongée - Port de charges très légères (<5kg occasionnellement) Capacité de travail dans un emploi adapté relevant de l'AI Diagnostics Depuis le % Capacité de travail Jusqu'au Horaire Rendement APPAREIL LOCOMOTEUR Fractures costales gauches D8, D9 et D10 26 novembre 2005 0% 0% 26 mai 2006 27 mai 2006 100% 100% Indéterminé Fracture du bassin TILE B 26 novembre 2005 0% 0% 6 septembre 2006 7 septembre 2006 100% 100% Indéterminé Fracture de type BURST de L3 26 novembre 2005 0% 0% 26 novembre 2007 27 novembre 2007 100% 100% Indéterminé - Légère diastase des apophyses articulaires C1-C2 et odontoïde excentré - Pneumothorax minime et discrète contusion pulmonaire droite 26 novembre 2005 0% 0% 25 février 2006 26 février 2006 100% 100% Indéterminé Anémie ferriprive sur gastrite chronique Toujours 100% 100% Indéterminé NEUROLOGIE Paraplégie incomplète, stade ASIA D 26 novembre 2005 0% 0% Septembre 2006 Octobre 2006 100% 100% Indéterminé, hormis durant les périodes d'hospitalisation Total : La capacité de travail dans un emploi adapté est de 100% horaire et rendement depuis le 27 novembre 2007. Commentaire : Le dernier rapport de la X. _____ du 27 janvier 2012, fourni alors que l'expertise était en cours, cite une incapacité de 100% durant la période d'hospitalisation du 27 décembre 2011 au 18 janvier 2012. Effectivement, durant les périodes d'hospitalisations, la capacité de travail peut être considérée comme nulle. » Par avis SMR du 5 novembre 2013, le Dr R. _____ s'est rallié aux conclusions des experts, observant que celles-ci rejoignaient très exactement l'appréciation émise par ledit service en janvier 2009 à l'exception de la date d'aptitude à la réadaptation. En date du 30 juin 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision portant sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2006 au 28 février 2008, estimant qu'il y avait lieu de reconnaître à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité jusqu'à trois mois après l'amélioration (survenue) en novembre 2007, soit au 28 février 2008. Par acte de son conseil du 8 septembre 2014, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. A son écrit, il a notamment joint une attestation du Dr U. _____ du 22 juillet 2014, signalant des troubles de santé liés à l'événement du 26 novembre 2005 (« fractures multiples du bassin côté droit, de L3, et L2 à L4: vis et plaques+ tendinite rotulienne droite+ autres troubles neuro-végétatifs et autres »), faisant état d'une incapacité totale de travail depuis l'accident et précisant que le patient était sous traitement et investigations multiples par différentes équipes médicales. Par avis du 23 septembre 2014, les Drs AA. _____ et GG. _____, du SMR, s'en sont tenus aux conclusions de l'expertise de la Clinique B. _____, considérées comme tout à fait

probantes. Par envoi du 12 février 2015, l'assuré a produit un rapport établi le 30 janvier 2015 par le Dr U._____, exposant que le patient présentait des séquelles de la chute subie le 26 novembre 2005 (« fractures multiples du bassin côté droit, de L3, et L2 à L4: vis et plaques+ tendinite rotulienne droite+ autres troubles neuro-végétatifs sphinctériens vésicaux et coloniques et autres »), que ses douleurs s'aggravaient au fil des mois, à l'instar de son moral et de son état psychologique, et que divers traitements (« antidépresseurs, antidouleurs, anxiolytiques et autres ») avaient été administrés sans résultat. Par décision du 13 mai 2015, l'office a confirmé son projet de décision du 30 juin 2014. Agissant par l'entremise de son conseil, C._____ a recouru le 15 juin 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à la réforme de cette décision et à l'allocation d'une rente entière d'invalidité depuis le 26 novembre 2006, subsidiairement à l'octroi de mesures de reclassement professionnel sur la base d'une nouvelle expertise indépendante et au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction avec mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire, étant réservé le droit pour l'intéressé de se déterminer sur les résultats de cette expertise. A l'appui de son recours, l'assuré a produit un onglet de pièces comportant notamment les documents suivants : - un rapport établi le 17 novembre 2014 par le Dr PP._____, spécialiste en anesthésiologie au Centre [...], se référant à une prise en charge des douleurs neurogènes et de la composante psychogène initiée en février 2014 et précisant que l'intéressé paraissait bien amélioré sur le plan psychique à l'examen effectué le même jour ; - une nouvelle attestation établie le 28 novembre 2014 par le Dr U._____, concernant l'octroi d'une aide à domicile compte tenu de l'atteinte à la santé présentée par l'assuré. Aux termes de sa réplique du 12 octobre 2015, le recourant a également transmis les pièces suivantes : - un compte-rendu établi le 22 juin 2015 par le Dr J._____, qui expose que la récupération du patient est spectaculaire avec une nette amélioration de l'état neurologique – décrit comme n'étant toutefois pas complètement normal, le patient se plaignant de séquelles d'un accident intervenu dix ans plus tôt – et qui considère que le résultat est tout à fait acceptable du point de vue de la neurochirurgie ; - une attestation établie conjointement par les Drs U._____ et Y._____ le 7 septembre 2015, évoquant la remise « tout bientôt » d'un rapport du S._____ en lien avec de nouvelles investigations, compte tenu des différentes pathologies musculo-squelettiques et uro-digestives de l'assuré, associées à une atteinte paraplégique avec de sérieuses conséquences sur l'état général et le psychisme. Statuant sur recours de l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté par arrêt du 14 décembre 2016 (AI 171/15 – 335/2016). Elle a considéré que le rapport d'expertise de B._____ avait toute valeur probante sur le plan somatique. Sur le plan psychique, elle a rappelé que dans son arrêt du 27 avril 2012, elle avait retenu que l'assuré ne présentait aucun trouble psychiatrique influant sur sa capacité de travail. Par arrêt du 4 mai 2017, le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assuré. Dans un rapport indexé le 14 novembre 2017, le Dr VV._____, psychiatre et psychothérapeute, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : « F41.2 Trouble anxieux et dépressif mixte F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant F60.9 Trouble de la personnalité sans précision Z63.5 Dislocation de la famille par séparation et divorce Z59. Difficultés liées au logement et aux conditions économiques Z50.8 Soins impliquant d'autres moyens de rééducation Z65.3 Difficultés liées à d'autres situations juridiques Z73.5 Conflit relatif au rôle social, non classé ailleurs Z75.2 Autre période d'attente pour investigation et traitement Hémiplégié » Ces diagnostics existaient depuis 2005. Le Dr VV._____ faisait le constat suivant :

« Patient faisant son âge. Apparence soignée. Portant une casquette en raison de sa calvitie. Il boite et présente des troubles de l'équilibre. De langue maternelle arabe, il s'exprime dans un français approximatif avec notamment quelques difficultés de compréhension. Son discours est succinct, répétitif et peu nuancé. Alexitimie. Ralentissement psychomoteur observé alterné par des périodes d'agitation psychomotrice. Plaintes spontanées de douleurs au niveau du dos, du bassin, de la hanche, de la cuisse et du mollet droit. Besoins fréquents de changement de positions afin de diminuer l'état douloureux. Présence d'une labilité émotionnelle. La thymie est triste. Idées suicidaires non scénarisées. Menaces auto agressives par immolation. Anxiété observée et éprouvée. Pas de symptômes florides de la lignée psychotique mis en évidence. Diminution de l'appétit accompagnée d'une perte pondérale. Le sommeil est perturbé. » Selon ce médecin, une activité thérapeutique était envisageable. D. Le 10 janvier 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, indiquant que l'atteinte à la santé dont il souffrait (hémiplégie, douleurs chroniques, anxiété, dépression) durait depuis le 26 novembre 2005. Dans un avis du 24 janvier 2018, le Dr JJ. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie et médecin auprès du SMR, a considéré que les arguments d'ordre psychique apportés par le Dr VV. _____ n'étaient pas suffisamment fondés pour justifier une entrée en matière sur la demande de l'assuré. Par projet de décision du 26 janvier 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'entendait pas entrer en matière sur la demande de prestations. Par lettre indexée le 23 février 2018, l'assuré a sollicité une prolongation de délai pour présenter des objections, prolongation qui lui a été accordée jusqu'au 23 avril 2018. Par décision du 27 avril 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations. Il a considéré qu'il n'avait pas été en mesure de constater de modifications notables dans la situation professionnelle ou médicale de l'assuré. E. Assisté de Me Agnès von Beust, C. _____ a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 28 mai 2018. Il a conclu principalement à sa réforme, une expertise judiciaire étant ordonnée pour déterminer le taux d'invalidité et, cas échéant, octroyer une rente fixée à dire de justice. Subsidièrement, il a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. A titre préalable, le recourant a sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. En date du 29 mai 2018, la juge instructrice a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 28 mai 2018, soit l'exonération d'avance et de frais judiciaires. Par réponse du 25 juin 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Par réplique du 7 août 2018, l'intéressé a maintenu ses conclusions et requis l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire indépendante de l'administration. 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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision

détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) Est exclusivement litigieux in casu le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant, motif pris que ce dernier n'a pas rendu plausible une modification factuelle susceptible d'influer sur ses droits depuis la précédente décision au fond, datée du 4 mai 2017. 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). Ainsi, lorsqu'un assuré dépose une nouvelle demande sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, 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. Un tel avertissement n'est nécessaire que si les moyens proposés sont pertinents, en d'autres termes s'ils sont de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). 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, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 12 janvier 2018. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au point de savoir si l'intéressé, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la date de la décision attaquée, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la dernière décision entrée en force. A titre préalable, il convient de préciser que les documents produits postérieurement au prononcé de la décision litigieuse ne peuvent pas être pris en considération pour trancher le présent litige. En effet, lorsque le tribunal est saisi dans le cadre d'une procédure de non entrée en matière sur une nouvelle demande, il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative devant l'OAI justifient ou non la reprise de

l'instruction du dossier (consid. 3c supra). Pour cette raison, la conclusion du recourant tendant à une instruction supplémentaire sous la forme d'une expertise doit être rejetée. En outre, il y a lieu de relever que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté la demande de prestations de l'intéressé par arrêt du 14 décembre 2016 et que celui-ci a été confirmé par le Tribunal fédéral en date du 4 mai 2017. La seconde demande du recourant a été déposée le 12 janvier 2018, étant précisé que le rapport du Dr VV. _____ date de novembre 2017 et que la dernière consultation a été effectuée le 27 octobre 2017. Le délai entre la précédente décision refusant la rente d'invalidité et le dépôt de la deuxième demande est donc court et l'est encore plus si l'on considère le rapport du Dr VV. _____.

5. Il convient ainsi d'examiner si le rapport du Dr VV. _____ justifiait la reprise de l'instruction. Ce médecin pose les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble de la personnalité sans précision. Il indique que ces diagnostics existent depuis 2005. Les autres diagnostics posés (classés « Z » dans la CIM-10) ne sont pas du ressort de l'AI. Il sied par ailleurs d'observer qu'aucun changement n'est allégué sur le plan somatique. Cela étant, sur le plan psychique, les constatations faites par le Dr VV. _____ sont sommaires. Elles rejoignent celles faites précédemment par d'autres médecins (arrêt du 14 décembre 2016 let. A). Par conséquent, ce rapport ne rend pas plausible une modification dans la situation du recourant qui, bien que disposant d'un délai de deux mois, n'a pas produit d'autres rapports.

6. Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 27 avril 2018 confirmée.

a) 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, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

b) 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 prononce :

I. Le recours est rejeté II. La décision rendue le 27 avril 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat. IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat. V. 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 : ■ Me Agnès von Beust, à Bienne (pour C. _____), ■ 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 :

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