

VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 1183 vom 20. April 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-04-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__1183

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 1183 du 20 avril 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 1183 del 20 aprile 2022

Regeste

REFUS D'ENTRER EN MATIÈRE SUR CERTAINS GRIEFS, RÉVISION{DÉCISION} | 17 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 20.04.2022 Arrêt / 2021 / 1183

REFUS D'ENTRER EN MATIÈRE SUR CERTAINS GRIEFS, RÉVISION{DÉCISION} | 17 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 120/21 - 125/2022 ZD21.013604 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 20 avril 2022 _____ Composition : Mme DURUSSEL , présidente Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges Greffier : M. Favez ***** Cause pendante entre : R. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Ana Rita Perez, avocate à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 17 LPGA ; art. 87 al. 2 et 3 RAI E n f a i t : A. R. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 196[...], marié et père de deux enfants majeurs, sans formation professionnelle, était employé jusqu'au 31 décembre 2017 comme maçon pour le compte de A. _____ Sàrl. Le 29 mai 2017, l'assuré est tombé d'un « dumper » et s'est blessé à la tête et au dos. Il a été transporté le même jour au Centre D. _____, où il a séjourné jusqu'au 9 juin 2017. Un CT-Scanner cérébro-cervical et abdominal a été effectué, mettant en évidence une fracture tassement de D12, sans recul du mur postérieur, ainsi que l'absence de lésion traumatique cérébro-cervicale (cf. rapport du 29 mai 2017). Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du rachis dorsolombaire a également conduit à retenir une fracture de L12 de type Chance trans-osseuse, sans discontinuité de l'appareil ligamentaire, sans lésion sous-jacente suspecte, sans myélopathie (cf. rapport du 1 er juin 2017). La CNA, assureur-accidents de l'employeur, a pris le cas en charge. Le 3 juin 2017, l'assuré a subi une fixation spondylodèse postérieure avec vis pédiculaire de D11 à L1 dans le cadre d'une fracture de type B2. Le scanner de la colonne dorsolombaire effectué à la suite de cette opération a permis de constater un emplacement transpédiculaire des vis de spondylodèse D11-L1. Dans leur rapport de sortie du 19 juillet 2017, les Drs E. _____ et [...], respectivement spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin assistant à Centre D. _____, ont diagnostiqué une fracture tassement de D12 de type B2 selon AO spine, avec comme antécédents/comorbidités un diabète de type II non insulino-requérant, de la goutte, et un status post fractures lombaires. Ils ont précisé que le patient, lors de l'accident, avait été éjecté d'une hauteur de 2.5 mètres alors qu'il travaillait sur une machine de chantier, avec réception sur l'occiput. L'intervention du 3 juin 2017 s'était déroulée sans complication, et les suites étaient simples. Les imageries de contrôle post-opératoires montraient un bon

alignement de la colonne et des vis en place. Dans son rapport du 11 septembre 2017, le Dr F. _____, spécialiste en neurochirurgie, a relevé qu'actuellement, le patient n'avait pas de plainte particulière, avec quelques douleurs légères parfois, présentes lors de la mobilisation. L'évolution était tout à fait favorable, les radiographies de contrôle étaient sans particularité. Il était prévu que le Dr F. _____ revoie l'assuré le 19 octobre 2017 pour refaire le point sur la situation. A la suite de la radiographie de la colonne lombaire du 29 novembre 2017, le Dr G. _____, spécialiste en radiologie, a conclu en ces termes son rapport du 30 novembre 2017 : « Spondylodèse par vis transpédiculaire étagée D12-L2 avec tassement cunéiforme de grade Genant 2 D12 et L1. Spondylarthrose pincée étagée L4-S1 avec discret antélisthésis de grade I de L4 ainsi que de L5. » Le 19 janvier 2018, le Dr H. _____, spécialiste en rhumatologie, a fait savoir au médecin traitant, le Dr I. _____, spécialiste en médecine interne générale, que l'assuré présentait des lombalgies chroniques post traumatisme sur tassements vertébraux et spondylodèse. Il a encore noté que le patient se plaignait de lombalgies hautes et que, malgré un spondylodèse, une symptomatologie douloureuse persistait. Le Dr H. _____ a suggéré que les radiographies soient refaites en dynamique pour exclure une éventuelle instabilité du spondylodèse. Il a encore observé qu'au vu de l'opération subie, il était peu probable que l'assuré puisse reprendre son activité professionnelle de maçon. Le 2 février 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une incapacité totale de travail à compter de l'accident du 29 mai 2017, en raison d'une fracture de la colonne vertébrale. Dans son rapport du 14 février 2018, le Dr F. _____ du Centre D. _____ a constaté que l'examen neurologique était dans la norme. Son patient présentait une évolution favorable, avec la persistance de douleurs dorsales résiduelles. Il n'y avait toutefois pas d'indication à une prise en charge particulière sur le plan d'une nouvelle chirurgie. Sur le plan professionnel, l'assuré ne semblait pas pouvoir reprendre son travail, un arrêt lui étant prescrit jusqu'à la fin de l'année. Le Dr F. _____ a encore relevé ce qui suit : « Status Examen neurologique dans la norme. Examens complémentaires Radiographies dorso-lombaires du 03.11.2017 : comparativement aux premières radiographies effectuées avant la chirurgie le 29.05.2017, je ne note pas d'accentuation de l'angle de Cobb ni d'accentuation du tassement vertébral, ni au niveau D12 ni au niveau D11. Matériel d'ostéosynthèse en place. Conclusions, traitement et évolution R. _____ présente donc une évolution qui me semble favorable, avec persistance de douleurs dorsales résiduelles. Nous avons évoqué la possibilité d'une accentuation d'une fracture au niveau de D11, mais après révisualisation des images, il me semble qu'il s'agissait d'un problème de vue sur la dernière radiographie qui n'était pas effectuée dans la même position qu'au préalable et qui semblait accentuée la fracture. Par ailleurs, l'IRM montrait une suspicion de fracture de D11, qui était déjà présente sur la première IRM effectuée lors de l'hospitalisation et qui avait été décrite comme une ancienne fracture par nos collègues de radiologique. De ce point de vue, je vais rediscuter en détail du dossier de R. _____ avec le Dr E. _____ ainsi que les radiologues, ceci afin de refaire le point sur la situation et de décider de la suite de la prise en charge. Il me semble qu'actuellement il n'y a pas d'indication d'une prise en charge particulière sur le plan d'une nouvelle chirurgie, comme il a pu être évoqué au vu de ces nouvelles imageries effectuées ce jour. A mon avis, sur le plan professionnel, le patient ne semble pas pouvoir reprendre son travail. Je lui prescris donc un arrêt de travail jusqu'à la fin de l'année. Le patient est actuellement suivi par la SUVA pour la suite de la prise en charge. Je leur laisse le soin de voir si une reconversion professionnelle semble utile. Dans

tous les cas le patient recommencera son travail au début de l'année afin de voir si cela est possible ou non. » L'assuré a été examiné le 22 mai 2018 par la Dre J. _____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Dans son rapport du 23 mai 2018, elle a posé les diagnostics de status après traumatisme crânien avec perte de connaissance et/ou amnésie ayant entraîné également une fracture-tassement de D12 de type B2 selon AO Spin, associée à une fracture de L1, et de status après fixation par spondylodèse postérieure avec vis pédiculaire de D11 à L1 le 3 juin 2017. La Dre J. _____ a fait l'appréciation suivante du cas : « Appréciation Il s'agit d'un assuré âgé de 51 ans, dont les antécédents sont décrits ci-dessus et sur lesquels nous ne reviendrons pas. L'assuré ne sait ni lire ni écrire, il est originaire du C. _____ et a toujours travaillé comme maçon. Subjectivement, l'assuré mentionne la persistance de douleurs essentiellement d'allure mécanique et aux efforts (mouvements de rotation du tronc, flexion du tronc, ports de charges de plus de 5 à 10 kg) avec des douleurs également plus importantes le matin au réveil et un déverrouillage matinal de 30 minutes. Objectivement, le status est rassurant. La mobilité est bien conservée au niveau du rachis, l'assuré ne présente pas de trouble sensitif ou moteur. Les douleurs matinales peuvent être interprétées par la présence d'une spondylarthrose pluri-étagée de L4 à S1 avec discret antélisthésis de grade I de L4 ainsi que de L5, mais également avec une discarthrose de D11 et D12 ainsi qu'un angle de cyphose aux vertèbres adjacentes de 6° et une perte de hauteur du mur antérieur de L1 d'environ 35 % et du mur antérieur de D12 de 30 %. Sur le plan médical, la situation est stabilisée. Nous pouvons retenir les limitations fonctionnelles suivantes : L'assuré peut exercer une activité sédentaire à semi-sédentaire s'exerçant plutôt en position assise avec alternance des positions assises et debout. · Il ne peut pas avoir des positions statiques prolongées debout, · Pas de port de charges supérieures à 5 kg, · Pas de positions à genoux ou accroupies. L'activité de maçon n'est plus une activité exigible. Par contre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière, sans diminution de rendement. » La Dre J. _____ a par ailleurs estimé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (ci-après : IPAI) à 7,5 %. Le 1^{er} juin 2018, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle mettait un terme à la prise en charge des soins médicaux et au versement des indemnités journalières au 30 juin 2018 et allait examiner le droit à d'autres prestations. Par décision du 9 juillet 2018, la CNA a refusé le droit à la rente à l'assuré, dans la mesure où son préjudice économique était nettement inférieur au seuil de 10 % ouvrant le droit à une telle prestation. Une IPAI de 7,5 %, correspondant à un montant de 11'115 fr., lui a été versée. Selon les certificats établis par le Dr I. _____, l'assuré était en incapacité totale de travailler du 1^{er} avril au 30 novembre 2018 (cf. certificats médicaux des 12 mars, 19 avril, 24 mai, 5 juillet et 3 septembre 2018). Le 4 août 2018, l'assuré s'est opposé à la décision de la CNA. Il a notamment joint une attestation du 18 juillet 2018 du Dr I. _____, qui a posé les diagnostics de fracture D12 postérieure et instable après accident de travail, de fixation sur place du D11 à L1, de diabète type II, d'hypertension artérielle, d'arthrose, de possible goutte et de maladie de Bastrup étagée L4-S1. Le médecin traitant a encore relevé ce qui suit [sic] : « Le patient (...) a souffert d'un accident de travail le 29/05/2017. Maçon de profession il a été éjecté par une machine d'une hauteur de 2.5 m avec une réception sur le crâne et le dos. La chute a provoqué un traumatisme crâno-encéphalique avec perte de connaissance et une fracture instable de la vertèbre D12. Une intervention chirurgicale a eu lieu au Centre D. _____ avec une fixation permanente de D11 à L1. L'activité professionnelle de maçon n'est plus possible avec une fixation permanente sur une fracture instable et le port de charges est interdit sur le risque de déplacement de la fixation et atteint

spinal avec une possible complication de type neurologique, a craint une paraplégie. Le patient d'origine C. _____ ne maîtrise pas la langue française et il n'a pas une instruction particulière qu'il puisse faire valoir dans un marché de travail équilibré. Une réorientation professionnelle me semble longue et difficile vu que le patient présente de douleurs lombaires en station assise prolongée (plus de 2 h.). » Par décision sur opposition du 19 septembre 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a procédé à un nouveau choix de descriptions de postes de travail (ci-après : DPT), au motif que l'une d'entre elles, soit celle référencée sous DPT n° 1074228 (ouvrier d'horlogerie), exigeait des connaissances en français, que l'assuré avait exposé ne pas détenir. Les DPT choisies, référencées sous n° 595767 (collaborateur de production), 2260 (collaborateur de production), 11576 (collaborateur de production), 18133072 (collaborateur de production) et 8452 (fabricant d'instruments de mesure), ne nécessitaient aucune formation particulière, mais uniquement une brève mise au courant. La comparaison entre le revenu exigible de 61'219 fr. par an sur la base des DPT, et le gain de valide de 67'368 fr., laissait apparaître une perte de gain de 9,12 %, arrondi à 9 %, soit un taux inférieur au minimum légal de 10 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Le recours dirigé contre cette décision par l'assuré a été rejeté par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 15 juin 2020 (cause AA 168/18 – 73/2020). B. Par décision du 28 janvier 2019 confirmant un projet du 29 novembre 2018, l'OAI a refusé à l'intéressé le droit à la rente, au motif qu'après comparaison du revenu sans invalidité, de 67'631 fr. 82, et avec invalidité de 67'338 fr. 90, avec abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles (activité sédentaire ou semi sédentaire, plutôt en position assise avec alternance des positions assise et debout, pas de positions statiques prolongées, pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de position à genoux ou accroupie, cf. rapport final REA du 16 novembre 2018 qui renvoie à l'examen final de la Dre J. _____ de la CNA du 24 mai 2018) et de l'âge, soit un revenu de 60'605 fr. 01, il en résultait un degré d'invalidité de 10,39 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force. Lors d'un premier entretien de placement le 28 février 2019, l'assuré a expliqué que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle pour l'instant. Il a déclaré ne pas être d'accord avec la décision du 28 janvier 2019. Il a produit à cette occasion une attestation du 25 février 2019 du Dr I. _____, à teneur de laquelle ce médecin estimait son patient en mesure de travailler dans une activité adaptée au taux de 30 %, avec des pauses supplémentaires. Par courrier du même jour, l'assuré a renoncé à l'aide au placement. Le 29 avril 2019, le président de l'U. _____ s'est adressé à l'OAI pour lui demander si une décision avait été prise à la suite de la réunion du 28 février 2019, contestant que son membre dispose d'une capacité de travail de 100 %. Le 30 avril 2019, l'OAI a écrit au représentant de l'assuré pour lui faire savoir que s'il entendait que le droit à des mesures professionnelles et à une rente soit réexaminé, il devait déposer une nouvelle demande, en joignant au formulaire officiel un rapport médical. L'OAI a précisé que, lorsqu'une décision avait déjà été rendue par le passé, il appartenait à l'assuré de rendre plausible la modification de son degré d'invalidité. Le 7 juin 2019, le Dr I. _____ a rédigé un nouveau rapport, estimant qu'un travail léger serait possible au taux de 25 à 30 % avec des pauses supplémentaires. Il a précisé qu'il n'imaginait pas son patient dans le marché du travail si ce n'est dans un milieu protégé. Il a en particulier relevé que l'assuré portait une fixation permanente de D11 à L1 avec une mobilité résiduelle démontrée par IRM avec une plage de nécrose en D12, ces éléments étant en corrélation avec la clinique qui montrait des douleurs lombaires en cas de maintien de la position assise plus de deux

heures, ainsi qu'en position debout. Il a joint à son envoi un rapport du 11 juillet 2018 du Dr F. _____, faisant état d'un status dans la norme, notant que la reprise professionnelle était toujours contre-indiquée (réd. : dans l'activité habituelle) étant donné que le port de charges lourdes pouvait péjorer le status du patient. Selon le résumé des examens d'imagerie pratiqués dans le rapport du Dr F. _____, la radiographie conventionnelle de la colonne lombaire du 13 avril 2018 n'avait, en comparaison des clichés des 3 novembre et 19 octobre 2017, pas mis en avant de changements significatifs. Quant à l'IRM « Cerveau » du 19 octobre 2017, sa conclusion était la suivante : « Séquelles de fracture du corps vertébral de D12 avec perte de hauteur du corps vertébral et plage de nécrose sous le plateau vertébral supérieur ; présence de gaz au sein des disques articulaires sus- et sous-jacents, témoignant d'une micromobilité résiduelle. » Le 18 juillet 2019, l'U. _____ a confirmé à l'OAI qu'il n'y avait pas eu de recours contre la décision du 28 janvier 2019. Le 22 juillet 2019, l'OAI lui a répondu qu'aucun nouvel examen n'était en cours, renvoyant pour le surplus à son courrier du 30 avril 2019 par lequel il avait informé que la révision du dossier ne pouvait avoir lieu qu'après dépôt d'une nouvelle demande de prestations AI accompagnée de ses annexes. C. Le 24 octobre 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande, en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le 29 mai 2017. Il a joint au formulaire de l'OAI les éléments suivants : - le rapport du Dr F. _____ du 11 février 2018 ; - une page du rapport du Dr H. _____, non datée, faisant état d'une persistance probable de la symptomatologie à très long terme ; - la dernière page du rapport du Dr F. _____ du 11 juillet 2018, résumant les conclusions de l'IRM du cerveau ; - le rapport du Dr I. _____ du 7 juin 2019 (déjà produit). Le 28 octobre 2019, l'assuré a adressé à l'OAI un arrêt de travail du 1^{er} octobre au 31 décembre 2019 établi par le Dr I. _____. Le 29 octobre 2019, l'OAI lui a imparti un délai de 30 jours pour rendre plausible une éventuelle modification de son état de santé, en relevant que le rapport du Dr F. _____ du 11 février 2018 était antérieur à sa décision, et qu'il détenait déjà le rapport du Dr I. _____ du 11 juin 2019. Le 4 décembre 2019, l'assuré a à nouveau produit le rapport du Dr I. _____ du 7 juin 2019, ainsi qu'un rapport de CT-scan lombaire du 11 avril 2019 qui concluait à la présence d'une spondylodèse D11-L1 sans complication. Il a également joint une attestation du 21 novembre 2019 du Dr I. _____, selon laquelle son patient présentait une lésion au niveau de l'humérus gauche en cours d'investigation, suggérant une tumeur bénigne, mais avec des douleurs au niveau de l'humérus irradiant vers le trapèze gauche. A la requête de l'assuré, le délai pour produire des pièces rendant plausible une modification de son état de santé a été prolongé par courrier du 4 décembre 2019. Le 31 janvier 2020, l'assuré a produit des pièces d'ores et déjà au dossier (datant pour plusieurs d'entre elles de 2017). Il a également joint les documents suivants : - Une attestation du Dr I. _____ du 9 mai 2019, confirmant que la capacité de travail ne serait que de 30 % dans une activité adaptée, avec des pauses supplémentaires, et posant les diagnostics de fracture D12 instable après accident de travail fixation permanente, de diabète type II, d'hypertension artérielle, d'arthrose, de goutte et de maladie de Bastrup étagée L4-S1. - Une attestation du Dr I. _____ du 14 février 2019, faisant état des mêmes diagnostics et résumant les suites de l'accident du 29 mai 2017. - Un rapport du Dr I. _____ du 18 juillet 2018, à la même teneur que le précédent. - Un arrêt de travail, pour la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2020, établi par le Dr I. _____, - Un rapport du Dr F. _____ du 24 septembre 2019, à la teneur suivante : « Diagnostics - Antécédents - Interventions Fixation D11-L1 pour fracture D12 de type B2 selon AO le 29.05.2017 Anamnèse Il s'agit d'un patient de 5[...] ans, d'origine C. _____, qui a présenté un

accident sur son lieu de travail le 29.05.2017 avec fracture D12 de type B2 avec fixation D11-L1 sans complication. Le suivi a été adéquat avec une reprise de mobilité, mais la persistance d'une douleur résiduelle au niveau dorsal. Actuellement, le patient n'a pas pu reprendre son activité professionnelle en raison de la limitation ressentie et une demande AI a été faite par le patient. Je le revois à 2 ans de la chirurgie avec un CT-scanner lombaire de contrôle. Status Examen neurologique dans la norme. Cicatrice calme sans signe inflammatoire. Douleur résiduelle à la palpation musculaire dorsale. Examens complémentaires CT-scanner lombaire du 10.04.2019: matériel en place. Bonne consolidation. Problèmes et attitude Le patient présente une évolution favorable avec persistance d'une douleur musculaire paravertébrale qui est tout à fait normale suite à son accident. L'imagerie est rassurante et ne montre pas de complication au niveau du matériel. » Le 12 février 2020, l'assuré a encore adressé à l'OAI un rapport du 4 février 2020 du Dr L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, au Dr I._____. Ce spécialiste a posé les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques, de status post fracture-tassement de D12 de type B2 selon la classification AO avec fixation D11-L1, le 3 juin 2017, de diabète de type 2 non insulino-requérant et de goutte. Il a pour le surplus relevé ce qui suit : « R._____ présente donc des dorso-lombalgies persistantes depuis son accident de 2017 L'examen clinique, mise à part la présence de tensions musculaires paravertébrales, dorso-lombaires des deux côtés, est globalement correct avec l'absence de signe d'atteinte radiculaire ou déficitaire. R._____ se plaint aussi de gonalgies sur certainement une gonarthrose associée à une amyotrophie du quadriceps. La problématique est actuellement, principalement sociale, chez un patient qui se sent rejeté par les assurances, qui selon lui, ont estimé qu'il est capable de travailler dans une activité adaptée, et ne lui ont pas octroyé une rente. Il est clair, qu'avec un niveau de scolarité assez faible et des problèmes de langue, ainsi que son âge, rendent les pronostics de réinsertion professionnelle assez faibles. Mis à part d'encourager le patient à rester actif le maximum possible, et de faire des exercices de mobilisation et d'étirements, je n'ai malheureusement pas d'autre proposition thérapeutique à lui faire. Je lui prescris un myorelaxant de type MYDOCALM 150 mg, qu'il pourra prendre 1 fois à 2 fois par jour, en réserve en cas d'augmentation des tensions musculaires. R._____ s'inquiète actuellement, puisqu'il n'aura bientôt plus de prestation du Service Social, et risque d'être contraint de retourner au C._____. En entente avec le patient, je n'ai pas prévu un nouveau contrôle à ma consultation, sauf si l'évolution clinique devait l'exiger. Pas d'indication à un traitement physiothérapeutique ambulatoire. » Par avis du 17 juin 2020, la Dre K._____ du SMR (Service médical régional de l'AI) a estimé que l'assuré n'apportait pas d'éléments nouveaux par rapport à l'évaluation médicale de la CNA sur laquelle était fondée la décision de l'OAI du mois de janvier 2019. Elle s'est exprimée en ces termes : « Assuré (...), en IT à 100% dans le cadre d'un accident du travail survenu le 29.05.2017 (chute de 2,5 mètres sur un chantier) responsable d'une fracture tassement de D12 et de L1 traitée par spondylodèse D12-L1 le 3.06.17. Il existe aussi une fracture de D11 d'allure ancienne (cf. CT abdominal 29.05.17 GED dossier SUVA 05.03.18 p. 104). L'assuré souffre par ailleurs de diabète, d'hypertension artérielle et de goutte. Il y aurait une notion de maladie de Baastrup L4-S1 sans autre information (RM Dr I._____, médecin praticien, 07.06.19 ED 11.06.19). L'assuré a été pris en charge par la SUVA du 01.06.17 au 30.06.2018. Les conclusions de l'évaluation médicale finale faite par la SUVA en date du 22.05.18 (cf. Dossier SUVA GED 24.05.18 p.9) retrouvent une CTAH de 0 % et une CTAA de 100%. La Dr J._____, médecin d'arrondissement de la SUVA, décrit les LF suivantes : activité

sédentaire ou semi sédentaire, plutôt en position assise avec alternance des positions assise et debout, pas de positions statiques prolongées, pas de port de charges sup à 5 kg, pas de position à genoux ou accroupie. Dans sa décision du 09.07.18 (cf. dossier SUVA GED 16.07.18 p.4-6), la SUVA refuse le versement d'une rente d'invalidité et verse une indemnité de diminution de l'intégrité physique. Un recours est fait par l'assuré le 04.08.18 et rejeté le 19.09.18 (dossier SUVA GED 20.09.18). Une première demande de prestations AI est faite en 02.18. La reprise des informations médicales obtenues lors de l'instruction par la SUVA permet de calculer un degré d'invalidité à 10.39%. Dès lors, le versement d'une rente AI est refusé et des MP n'ont pas eu lieu d'être mises en place mais une aide au placement a été proposée (cf. décision AI GED 28.01.19). Une nouvelle demande est déposée le 24.10.19. Un RM du Dr I. _____, médecin praticien, du 07.06.2019 (et renvoyées plusieurs fois) n'apporte pas d'éléments nouveaux concernant l'atteinte du rachis. Il note une CTAA de 30% selon lui. Le RM du 10.02.19 reprend un compte-rendu de consultation de neurochirurgie du Centre D. _____ du 24.09.19 fait par le Dr F. _____, neurochirurgien, qui retient une évolution favorable de l'atteinte rachidienne si ce n'est la persistance des douleurs connues. Un RM du Dr L. _____, médecin de rééducation, du 04.02.20 (GED 12.02.20), décrit un status physique dans les normes, surtout dominées par des tensions musculaires paravertébrales et des gonalgies sur gonarthrose. Il mentionne surtout des éléments de nature psycho-sociale (difficultés financières, difficultés pour lire et écrire) qui n'entrent pas dans le cadre de notre évaluation médicale. A noter la notion d'une suspicion de tumeur bénigne de l'humérus gauche responsable de douleurs, telle que rapportée par le Dr I. _____ dans le RM GED 04.12.2019 p.4. Nous n'avons pas plus d'informations et cette atteinte n'est reprise dans aucun RM ultérieur. » Par projet de décision du 29 juin 2020, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, dès lors que les rapports médicaux produits n'apportaient pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier le droit à des prestations. Le 3 août 2020, l'assuré a adressé à l'OAI un rapport du 9 mai 2019 du Dr I. _____, reprenant les diagnostics qu'il avait déjà posés (Fracture D12 instable après accident de travail fixation permanente, diabète type II, HTA, arthrose, possible goutte, maladie de Bastrup étagée L4-S1, TCC). L'assuré ayant consulté une avocate, l'OAI lui a accordé un délai au 30 septembre 2020 pour produire des éléments médicaux complémentaires par courrier du 31 août 2020. Le 28 août 2020, l'assuré, par son avocate Me Ana Rita Perez, a contesté le projet de décision. Il a fait pour l'essentiel valoir que l'OAI n'avait jamais examiné les « facteurs psychologiques voire psychiatriques » susceptibles d'entraîner une atteinte invalidante. Il a produit un rapport du 13 juin 2020 du Dr M. _____, médecin psychiatre à B. _____ (C. _____), selon lequel il souffrait d'une réaction dépressive prolongée qui avait débuté au moins 15 ans auparavant, avec aggravation dans les trois dernières années. L'atteinte était plutôt saisonnière. Il a en outre produit un rapport du Dr I. _____ du 9 juin 2020 faisant état d'un syndrome anxiodépressif avec des troubles de la concentration et des troubles mnésiques, accompagnés d'épisodes de confusion et de stress psychologique, entraînant des difficultés pour les activités courantes de la vie surtout en lien avec les tâches administratives. Il a précisé que cet état était déjà chronique depuis une année et en pénétration en lien avec une détérioration de sa situation socioéconomique après son accident de travail. L'assuré a produit le 6 janvier 2021 un rapport du Dr I. _____ du 22 décembre 2020, dans lequel celui-ci a noté que son patient avait présenté un état anxiodépressif, mais refusait un suivi psychiatrique. Le Dr I. _____ a posé les diagnostics de fracture D12 instable après

accident de travail fixation permanente, de diabète type II, d'hypertension artérielle, d'arthrose, de possible goutte, de maladie de Baastrup étagée L4-S1, de traumatisme crânio-cérébral, de possible enchondrome au bras gauche et de polyneuropathie sensitivomotrice axonomyélinique des membres inférieurs. L'assuré a également joint un rapport d'examen IRM du bras gauche du 11 septembre 2019 effectué par la Dre N. _____, médecin radiologue, à B. _____, dont la teneur est la suivante : « Dans la région métaphysaire proximale de l'humérus gauche, en situation endoméduillaire, nous identifions une formation allongée, avec contours lobulés, réguliers, mesurant approximativement 48mm d'axe longitudinal et 22x21mm des axes transversaux. Révèle hypersignal en T2 et hyposignal en DP, avec structure interne discrètement hétérogène. Il n'y a pas de rupture corticale ni masse de tissus mous associée. Présente des caractéristiques évocatrices de bénignités, étant donné que le signal vérifié en T2 suggère une lésion de nature chondroïde (enchondrome ?). Nous recommandons une corrélation avec l'étude radiographique tout comme une vigilance évolutive / éventuelle biopsie pour éclaircissement étiologique. » Le 5 janvier 2021, l'assuré a produit un rapport d'électromyogramme (EMG) du Dr P. _____, spécialiste en neurologie, daté du 7 novembre 2019 (cf. pp. 830 et 833 du dossier de l'AI, entre lesquelles s'est inséré un rapport du Centre D. _____ du 11 juillet 2018 déjà produit), concernant une personne nommée « [...] ». L'appréciation de ce spécialiste est la suivante : « Appréciation : La neurographie motrice du nerf péronier droit montre un effondrement de l'amplitude de la réponse motrice pour une vitesse de conduction préservée. La neurographie motrice du nerf tibial gauche montre une diminution marquée de l'amplitude de la réponse motrice, les vitesses de conduction sont également préservées. Les neurographies sensitives et motrices du nerf médian droit montrent des paramètres de conduction physiologiques, ainsi que la neurographie sensitive du nerf cubital droit. Les neurographies des nerfs suraux montrent toutes deux un ralentissement significatif de la vitesse de conduction et une diminution marquée de l'amplitude du potentiel sensitif. Le Sudoscan montre une réponse sudomotrice à la norme inférieure respectivement légèrement diminuée aux pieds, une réponse sudomotrice physiologique aux deux mains. Les EMG de détection des muscles courts extenseurs des orteils droit et tibial antérieur droit ne montrent pas de signes de dénervation chroniques. En conclusion cet examen démontre des signes d'une polyneuropathie sensitivomotrice axonomyélinique des grosses fibres aux membres inférieurs, avec probablement une discrète composante de neuropathie des petites fibres également restreinte aux membres inférieurs. » L'OAI a soumis le cas au SMR. Dans un rapport du 4 février 2021, le Dr O. _____ et la Dre K. _____ du SMR ont conclu que les éléments amenés par l'assuré, bien que décrivant de nouveaux diagnostics, n'amenaient pas d'éléments médicaux suffisants pour décrire de manière plausible une aggravation de l'état de santé. Ils ont évalué le cas en ces termes : « - un RM du Dr M. _____, psychiatre au C. _____, daté du 13.06.2020, avec traduction française (...) et un RM du Dr I. _____, médecin praticien traitant, du 09.06.2020: le RM du Dr M. _____ décrit la présence d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée avec code CIM9 309.1. Il retient cette symptomatologie depuis 15 ans avec une aggravation saisonnière, dans les 3 dernières années. La classification CIM 9 n'est plus utilisée en Suisse et cela correspond au code CIM10 F43.21 (www.icd10data.com/Convert/309.1). Le Dr M. _____ ne donne pas de status psychiatrique, mentionne des LF de distractibilité, trouble des fonctions cognitives (sans précisions), faible résistance à la fatigue et vulnérabilité émotionnelle . Il décrit que l'assuré « se maintient dans cet état

recherchant qu'on lui attribue une incapacité ». Il ne se prononce pas sur les CT. Le Dr I. _____, atteste aussi d'un syndrome anxiodépressif, qu'il date pour sa part d'il y a 1 année. Il précise dans son RM du 22.12.2020 (GED 06.01.2021) que l'assuré refuse tout suivi psychiatrique. --> malgré l'instruction médicale SUVA et AI lors de la première demande puis avant l'audition de la 2ème demande, il n'a jamais été fait mention d'une atteinte dans l'axe psychiatrique (notamment aussi pas de mention dans la 2è FO GED 24.10.2019). Nous sommes surpris que cette atteinte, qui date de 15 ans selon le psychiatre C. _____, n'ait jamais été décrite ou évoquée auparavant. Notamment le Dr I. _____ ne l'a jamais mentionné dans ses RM. Selon les RM, cette pathologie aurait donc été présente depuis 2005, en aggravation depuis 2017, plutôt saisonnières, selon les dires du psychiatre. Le diagnostic retenu ne concorde pas avec les critères CIM 10 du diagnostic F43.21. L'absence d'un suivi, de la prise d'un traitement ou même de la mention de ce trouble ne plaident pas pour un caractère durablement incapacitant, ce qui est d'ailleurs prouvé par la notion « d'aggravation saisonnière », par définition transitoire. Si une telle pathologie était présente depuis 15 ans, les ressources de l'assuré lui ont permis de faire face. Au-delà de la discordance entre le certificat du Dr I. _____ (qui par ailleurs sort de son domaine de compétence) et celui du Dr M. _____ sur la date d'apparition, il n'y a pas suffisamment d'éléments médicaux objectifs amenés par l'assuré pour retenir une aggravation de son état de santé. On peut aussi retenir que le refus persistant d'un suivi psychiatrique par l'assuré tel qu'énoncé dans le RM du Dr I. _____ GED 06.01.2021 ne plaide pas pour une modification de l'état de santé telle qu'un suivi spécialisé doit être mis en place. - un rapport d'IRM du bras gauche du 11.09.2019, réalisé au C. _____ (GED 06.01.2021) qui retrouve une tumeur bénigne osseuse du bras gauche (de 4.8 cm * 2.2 * 2.1 cm) possédant des critères de bénignités. --> Il n'y a pas de status clinique décrit en lien, la radiologue insiste sur les critères bénins (pas de rupture osseuse corticale ni envahissement des tissus mous) et recommande une surveillance +1- biopsie. Hormis une surveillance, une tumeur osseuse bénigne ne génère pas obligatoirement des LF. Les éléments amenés montrent la présence d'une tumeur bénigne à surveiller mais ne prouvent pas une aggravation de l'état de santé en soi. - un rapport d'ENMG du Dr P. _____, neurologue, du 07.11.2019 (cf. corresp. Juridique GED 06.01.2021 p.11) retenant une polyneuropathie sensitivomotrice des membres inférieurs. --> Cette neuropathie périphérique, possiblement en lien avec le diabète de l'assuré, n'est pas illustrée par des manifestations cliniques objectives détaillées du neurologue. Les éléments amenés montrent la présence d'une polyneuropathie des membres inférieurs mais ne précise pas un impact sur l'état de santé qui amènerait à considérer une aggravation de l'état de santé en soi. - enfin concernant la maladie de Bastrup de L4 à S1, cette dernière n'est mentionnée dans aucun rapport de spécialistes et n'est pas décrite dans les rapports d'imagerie (IRM dorsolombaire du 01.06.2017 et 19.10.2017, radio du rachis lombaire du 06.06.2017 03.11.2017 / GED 31.01.2020 p.21-22 et 40-41). » Par décision du 18 février 2021, assortie d'une motivation séparée du même jour, a confirmé son projet du 29 juin 2020 et refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée le 24 octobre 2019 par l'assuré, faute de modification notable de sa situation professionnelle ou médicale. D. Par acte du 26 mars 2021, R. _____, représenté par Me Ana Rita Perez, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et subsidiairement à sa réforme et à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. Pour l'essentiel, il a fait valoir que son état de santé s'est péjoré depuis la décision du

28 janvier 2019. Il a ainsi relevé que le Dr I. _____ a fait état d'une maladie de Baastrup et que ce médecin ne voyait pas son patient travailler dans une autre activité « ou tout au plus dans un atelier protégé » et qu'il présentait une tumeur osseuse bénigne. Il a ajouté que le Dr P. _____ posait un diagnostic de polyneuropathie sensitivomotrice des membres inférieurs sans que ses conséquences sur la capacité de travail n'aient été examinées par le SMR et que les Drs M. _____ et I. _____ mentionnaient un trouble anxiodépressif présent depuis une quinzaine d'années. A titre de mesures d'instruction, il a requis la production du dossier de l'OAI et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire. Par réponse du 10 mai 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours. En réplique, le 8 juillet 2021, le recourant a maintenu sa position. Il s'est encore prévalu de deux rapports, qu'il a produits, des 31 mai et 25 juin 2021, de la Dre Q. _____, spécialiste en radiologie et du Dr L. _____. Dans sa duplique du 9 août 2021, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours. Le 26 octobre 2021, le recourant a produit un rapport du Dr I. _____ adressé à l'OAI le 3 septembre 2021. 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 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 a pour objet le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant du 24 octobre 2019. En conséquence, la conclusion subsidiaire du recourant tendant à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité est irrecevable (TF 9C_629/2020 du 6 juillet 2021 consid. 3.1 ; 9C_565/2020 du 17 mars 2021 consid. 1.1 et les arrêts cités). 3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 18 février 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 4. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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 la personne assurée 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 la personne assurée 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 la personne assurée 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). 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). 5. a) En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de prestations déposée le 24 octobre 2019 par le recourant. Il convient dès lors d'examiner si ce dernier 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 18 février 2021, avec ceux prévalant à l'époque de la décision du 28 janvier 2019, à savoir la dernière (et unique) décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente. A cet égard, le recourant allègue souffrir de nouvelles atteintes somatiques sous la forme d'une maladie de Baastrup étagée L4-S1 que le Dr I. _____ aurait évoquée pour la première fois dans son rapport du 25 février 2019, d'une tumeur osseuse bénigne du bras gauche identifiée à la suite d'une IRM (cf. rapports du Dr H. _____ du 22 décembre 2020 et de la Dre N. _____ du 11 septembre 2019), d'une polyneuropathie sensitivomotrice des membres inférieurs (EMG du Dr P. _____ du 7 novembre 2019), et d'une gonarthrose (rapport du Dr L. _____ du 31 mai 2021). Selon le recourant, ces diagnostics seraient nouveaux et justifieraient d'entrer en matière. Il se prévaut aussi d'un trouble anxiodépressif (cf. rapport du Dr M. _____ du 13 juin 2020 et du Dr I. _____ du 9 juin 2020) qui se serait aggravé depuis une année. L'intimé infirme la plausibilité d'une aggravation de l'état de santé en se prévalant des avis SMR des 17 juin 2020 et 4 février 2021. b) Dans ce contexte, en application de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, la Cour de céans se limite à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI, a rendu plausible une modification de son invalidité, en particulier une aggravation de son état de santé susceptible de modifier son droit aux prestations de l'assurance-invalidité, sur la base des pièces produites devant l'autorité qui a statué. 6. a) Sur le plan somatique, les documents médicaux produits entre l'entretien de placement du 28 février 2019, soit un mois après la décision entrée en force, et la décision du 18 février 2021 ne rendent pas plausible une péjoration de l'état de santé du recourant. Les rapports médicaux en cause ont été soumis au SMR pour avis. Le 17 juin 2020, la Dre K. _____ du SMR a rappelé les atteintes à la santé affectant le recourant (fracture tassement de D12 et de L1 traitée par spondylodèse D12-L1, fracture de D11 d'allure ancienne, diabète, hypertension artérielle et goutte). Elle reprend les conclusions de la CNA (rapport de la Dre J. _____ du 23 mai 2018), à savoir une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de maçon et une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (activité

sédentaire ou semi-sédentaire, plutôt en position assise avec alternance des positions assise et debout, pas de positions statiques prolongées, pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de position à genoux ou accroupies). Elle observe à juste titre que le rapport du Dr I. _____ du 7 juin 2019 n'apporte pas de nouveaux éléments. En effet, les atteintes rachidiennes en cause sont les mêmes que celles relevées par la Dre J. _____ de la CNA, celles relevant de la médecine interne n'ayant pas davantage évolué. Quant à l'allégation de maladie de Bastrup, aucune imagerie ne fait état de l'apparition d'une articulation anormale entre les extrémités des vertèbres lombaires (cf. radiographie de la colonne lombaire du 13 avril 2018 ; IRM « Cerveau » du 19 octobre 2017 ; IRM dorso-lombaire des 1^{er} juin et 19 octobre 2017 ; radiographie du rachis lombaire des 6 juin et 3 novembre 2017 ; cf. aussi avis SMR du 4 février 2021 de la Dre K. _____ et du Dr O. _____). Il est également à relever que le Dr I. _____ posait déjà ce diagnostic dans son rapport du 4 août 2018, soit avant la décision du 28 janvier 2019 fondée sur un examen matériel du droit à la rente. Le Dr I. _____ s'est prononcé sur la capacité de travail de son patient. Son appréciation du 7 juin 2019 selon laquelle l'intéressé ne bénéficierait plus que d'une capacité de travail de 25 à 30 % dans un milieu protégé et celle du 25 février 2019 selon laquelle son patient ne pourrait plus porter de charges ni travailler plus de deux heures dans la même posture suite à des douleurs, séquelles de l'accident de travail, et selon laquelle il ne subsisterait plus qu'une capacité de travail résiduelle de 30 % ne relève que d'une appréciation différente d'une situation déjà tranchée. Dans ces deux rapports, le Dr I. _____ ne justifie pas d'autres ou plus amples limitations fonctionnelles par de nouvelles atteintes à la santé objectivable sur le plan radiologique ou clinique. Au contraire, il apparaît que les limitations fonctionnelles en question (port de charges, alternance des positions) sont déjà connues de longue date (cf. rapport de la Dre J. _____ du 23 mai 2018). A toutes fins utiles, on peut également préciser que les certificats d'arrêt de travail émis par le Dr I. _____ ne font qu'indiquer une incapacité de travailler, ce qui ne saurait suffire à justifier l'existence d'une aggravation. Le Dr F. _____ a également attesté d'une stabilité de l'état de santé du recourant dans son rapport du 24 septembre 2019. Il qualifie l'imagerie de rassurante, sans complication, et constate une évolution favorable avec persistance d'une douleur musculaire paravertébrale qu'il qualifie de « tout à fait normale » suite à l'accident ; il ne fait pas état de nouveaux éléments qui n'auraient pas été pris en compte lors du dernier examen matériel du droit à la rente. On constate en outre que la persistance d'une symptomatologie douloureuse a aussi été relevée par le Dr H. _____ dans son rapport du 19 janvier 2018, soit avant la première décision AI du 28 janvier 2019. Enfin, le Dr L. _____ relève également des tensions musculaires, mais indique que, selon lui, la problématique est principalement sociale (rapport du 4 février 2020). Sans minimiser cette atteinte, il s'agit cependant d'une séquelle de l'accident qui a été prise en compte dans le cadre de la première décision et de la procédure devant la CNA, notamment du fait que seule une activité adaptée légère demeure exigible à l'exclusion de l'activité de maçon, trop lourde. Il existe une notion de tumeur osseuse bénigne, à laquelle le Dr I. _____ ne lie cependant pas de nouvelle ou plus ample limitation fonctionnelle (rapports du 22 décembre 2020). Dans son rapport du 11 septembre 2019, la Dre N. _____ préconise à ce propos une vigilance évolutive (surveillance et biopsie). Elle n'apporte pas de nouveaux éléments qui rendrait plausible une évolution délétère de l'état de santé du recourant propre à influencer le droit à la rente. Le rapport ne rend en particulier pas vraisemblable que de nouvelles limitations fonctionnelles soient causées par la tumeur en question chez le recourant qui bénéficie déjà d'une

limitation de port de charge (5 kg). Le rapport est au contraire rassurant à l'instar de ce qu'observe la Dre K. _____ et le Dr O. _____ dans leur avis SMR du 4 février 2021. Quant au rapport d'EMG du Dr P. _____ du 7 novembre 2019, il y a lieu de constater que la neuropathie périphérique ne s'est pas manifestée par une clinique objective propre à rendre plausible des éléments se répercutant sur la capacité de travail du recourant. La question de savoir quel patient ce rapport concerne peut rester ouverte en tant que l'aspect neurologique n'a pas d'influence sur le droit aux prestations AI. S'agissant enfin du rapport du 31 mai 2021 de la Dre Q. _____ et du 25 juin 2021 du Dr L. _____, il n'y a pas lieu de les prendre en considération. Il en va de même du courrier adressé le 3 septembre 2021 par le Dr I. _____ à l'OAI. En effet, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'OAI au moment où celui-ci a statué, en l'espèce, le 18 février 2021. L'examen de la Cour des assurances sociales est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non l'entrée en matière sur la nouvelle demande, sans prendre en considération les documents médicaux déposés ultérieurement à la décision administrative, notamment à l'appui de la réplique du 8 juillet 2021 et du courrier du 26 octobre 2021 (cf. consid. 4c ci-dessus).

b) A l'examen des pièces produites avant le 18 février 2021, il convient de retenir que le recourant n'a pas établi de façon plausible une modification de son état de santé sur le plan somatique propre à influencer sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

7. a) Sur le plan psychique, le recourant a produit un rapport du Dr M. _____ du 13 juin 2020 (cf. observations du 28 août 2020, p. 3, ch. 8 à 10). Ce médecin a fait état d'une réaction dépressive prolongée. Or, celle-ci serait existante depuis plus de 15 ans. La péjoration daterait au demeurant de trois ans auparavant. Il conviendrait ainsi de se replacer en 2017, le rapport ayant été établi en 2020, soit à une période antérieure à la décision de l'OAI du 28 janvier 2019, par laquelle il a procédé au dernier examen matériel du droit à la rente. Toutefois, ni le médecin traitant, ni aucun autre spécialiste n'a évoqué d'état dépressif, ni même d'atteinte psychiatrique, de quelque nature que ce soit, avant le rapport du Dr M. _____. A cet égard, si le système de classification des maladies psychiatriques n'est pas décisif, il y a lieu de relever que le spécialiste n'a pas précisé de status psychiatrique. Il mentionne certes une distractibilité, un trouble des fonctions cognitives (sans précision), une faible résistance à la fatigue et une vulnérabilité émotionnelle, ceci sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail. Il décrit que l'assuré « se maintient dans cet état recherchant qu'on lui attribue une incapacité ». Cette précision décrit plutôt une limitation subjective. Quant au Dr I. _____, qui suit pourtant l'assuré de longue date, il n'atteste d'un trouble psychique que depuis une année. Nonobstant l'évidente discordance temporelle entre le rapport du Dr M. _____ et celui du Dr I. _____ sur la date d'apparition du trouble psychique, l'absence de mention de ce trouble auparavant, l'absence de suivi psychiatrique régulier et le caractère saisonnier relevé par le Dr M. _____ ne rendent pas plausible une atteinte incapacitante durable. A l'instar de la Dre K. _____ et du Dr O. _____ (avis SMR du 4 février 2021), il y a lieu de relever que si une atteinte psychiatrique est présente depuis 15 ans, les ressources du recourant lui ont permis de se mobiliser sur le plan professionnel avant la survenance de l'accident du 29 mai 2017. Pour le surplus, il n'est pas contesté que le recourant n'a suivi que quatre années d'école, et qu'il est illettré en C. _____ comme en français, langue qu'il ne comprend du reste pas. Cela étant, le fait que ses ressources intellectuelles soient limitées et que l'épouse gère la vie de couple n'est pas un élément nouveau ; lesdites

ressources ne l'ont au demeurant pas empêché de quitter son pays d'origine et de venir s'installer en Suisse, puis d'y exercer une activité lucrative depuis l'année 2009 (cf. demande de prestations AI du 2 février 2018 et l'attestation de séjour du 27 mars 2018) jusqu'au 29 mai 2017. b) Sur le plan psychique également, le recourant ne rend pas plausible une modification de son état de santé propre à influencer sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. 8. a) En définitive, c'est à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 24 octobre 2019 par le recourant, soit moins d'une année après la dernière décision de 28 janvier 2019 reposant sur un examen matériel du droit à la rente. On souligne à cet égard que les « nouvelles plaintes » ont été exprimées à l'occasion du premier entretien de placement à l'OAI le 28 février 2019, ce qui rend l'aggravation de son état de santé d'autant moins plausible. b) Pour le surplus, s'agissant d'une décision de refus d'entrer en matière, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction, la requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (ch. II des conclusions du mémoire de recours du 26 mars 2021) ne pouvant dès lors qu'être rejetée, l'examen de la Cour étant limité aux pièces déposées en procédure administrative (cf. consid. 4c ci-dessus). 9. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité (cf. consid. 2 ci-dessus) et la décision querellée du 18 février 2021 doit être confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. et mis à la charge de la partie recourante, sont provisoirement supportés par l'Etat vu l'assistance judiciaire octroyée. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables 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 du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG). d) S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 26 août 2021, Me Ana Rita Perez a chiffré à 10 heures et 15 minutes le temps consacré au dossier du recourant. Les opérations effectuées étant justifiées, l'indemnité de conseil d'office est arrêtée à 2'086 fr 40 (10,25 heures × 180 fr. [art. 2 al. 1 let. a RAJ] + TVA 7,7 % + débours 5 % [art. 3bis al. 1 RAJ ; première instance judiciaire]), TVA par 149 fr. 15 et débours par 92 fr. 25, compris. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité. II. La décision rendue le 18 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la

charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. L'indemnité de Me Ana Rita Perez, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 2'086 fr 40 (deux mille huitante-six francs et quarante centimes), débours et TVA compris. VI. 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 et de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Ana Rita Perez (pour le recourant), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé), ■ 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). Le greffier :

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