

VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 313 vom 7. Juli 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-07-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__313

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 313 du 7 juillet 2025

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 313 del 7 luglio 2025

Regeste

NOUVELLE DEMANDE, REJET DE LA DEMANDE, AI{ASSURANCE} | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Erwägungen

E. 7

juillet 2025 _____ Composition : Mme Brélaz Braillard ,
présidente Mme Pasche et M. Tinguely, juges Greffier : M. Germond ***** Cause
pendante entre : D. _____ , à [...], recourant, et Office de l'assurance-invalidité pour le
canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 87 al. 2 – 3 RAI E n f a i t : A.
a) D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant kosovar né en [...], marié et
père de quatre enfants (nés entre [...] et [...]), est arrivé en Suisse en [...] et y a depuis lors
travaillé comme plâtrier-peintre indépendant, créant sa propre entreprise J. _____ Sàrl
inscrite au Registre du commerce depuis le [...]. L'assuré a été victime d'un accident
professionnel le 10 juin 2017 lors duquel un faux plafond lui est tombé sur la nuque. Il a
présenté un arrêt de travail de 100 % jusqu'au 24 septembre 2017, puis de 50 % depuis le
25 septembre 2017. Une tentative de reprise d'activité professionnelle à plein temps a
échoué par la suite. Le 15 novembre 2018, l'assuré a déposé une première demande de
prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) auprès de l'Office de
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en indiquant
quant au genre de l'atteinte à la santé « maladie ». Dans le cadre de l'instruction de cette
demande de prestations, l'OAI a pris connaissance, le 21 mai 2019, du dossier constitué par
l'assureur perte de gain de l'assuré (X. _____ Assurance) contenant notamment les
éléments suivants : - un rapport d'expertise du 17 avril 2019 établi à la demande de
l'assureur perte de gain, dans lequel le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne
générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics de cervicalgies chroniques et de conflit
sous-acromial de l'épaule droite. Il a évalué la capacité de travail de l'assuré à 50 % dans
son activité habituelle de plâtrier-peintre, mais à 100 % dans une activité légère excluant le
port de charges au-delà de dix kilos de manière ponctuelle et de cinq kilos de manière
régulière, les mouvements répétitifs et brusques impliquant la nuque, la position statique
prolongée au-delà de trente minutes, les travaux soumis aux vibrations ou de forces et
répétitifs impliquant le membre supérieur droit principalement au-delà de l'horizontale. Il
ressort en particulier de ce rapport d'expertise le passage suivant : “ APPR É CIATION DU
CAS Monsieur est un plâtrier[-]peintre indépendant de 46 ans connu pour des cervicalgies
qui ont conduit à la réalisation d'IRM [imageries par résonance magnétique] cervicale en
2013 et 2015 vérifiant des troubles disco-dégénératifs, symptômes qui ont conduit à des
prises en charges médicales ponctuelles, ces dernières étaient assorties d'incapacité de
travail qui n'auraient toutefois pas dépassé 2 mois. Le

E. 10

juin 2017, il est victime d'une exacerbation de ses cervicalgies à la suite d'un événement accidentel, percuté sur la nuque par un faux plafond. En arrêt de travail de 100% depuis son événement accidentel, l'instauration de mesures conservatrices va autoriser la reprise de son travail à 50% après environ deux à trois mois, symptômes qui vont toutefois rest[er] stationnaires jusqu'à ce jour, l'assuré rajoutant depuis environ trois mois des douleurs de l'épaule se prolongeant à la face externe du membre supérieur droit. Une IRM cervicale sera réalisée le 28 février 2018, le Dr R. _____ retenant des discopathies de C2-C3 et C6-C7 et une discrète sténose foraminale gauche de C3-C4. A préciser que l'assuré est suivi depuis quelques mois par l'institut Suisse de la douleur et a bénéficié de plusieurs infiltrations rachidiennes antalgiques qui sont restées sans efficacité durable sur les symptômes. Le jour précédent l'expertise, l'assuré est victime d'un accident musculaire intéressant son mollet gauche, se déplaçant en boiterie antalgique du membre inférieur gauche à l'aide d'une canne anglaise portée en main droite. Il est en incapacité de travail de 100% pour cette raison avec un contrôle le 1^{er} mai 2019 chez le Docteur N. _____ pour déterminer la suite de la prise en charge. L'examen clinique reste marqué d'un assuré dont l'habillement et le déshabillage de même que les retournements sur la table d'examen s'effectuent sans contrainte au niveau rachidien, assuré essentiellement entravé dans ses déplacements par une boiterie antalgique du membre inférieur gauche. On retrouve une altération douloureuse de la mobilité cervicale et un arc douloureux au-delà de 160° d'élévation et d'abduction intéressant l'épaule droite dans le cadre d'un conflit sous acromial de cette dernière. On retrouve des douleurs palpatoires paracervicales bilatérales, se prolongeant au muscle trapèze et à l'angulaire de l'omoplate des deux côtés et du mollet gauche. Il n'y a pas d'altération significative de la mobilité tronculaire ni des grosses comme des petites articulations périphériques, il n'y a pas d'arthrite ni de synovite. Il n'y a pas de syndrome irritatif ni trouble neurodéficitaire des membres. Les réflexes ostéotendineux sont vifs et symétriques. L'assuré souffre de cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles disco-dégénératifs du rachis cervical, se rajoutant d'un conflit acromio-claviculaire de l'épaule droite. [...] Du point de vue thérapeutique, l'expert n'a pas de mesure magistrale à proposer au-delà de la poursuite des médicaments antalgiques voire anti-inflammatoires à la demande et une activité physique régulière à même d'éviter les rétractations musculaires et le raidissement articulaire. L'assuré bénéficie actuellement de traitements interventionnels sous la forme d'infiltrations rachidiennes, gestes aléatoires non dénués d'effets secondaires potentiels et non reconnus dans la médecine factuelle dans les cervicalgies chroniques, pouvant par ailleurs conforter l'assuré dans son sentiment de souffrir d'une maladie grave voire invalidante. [...] ” ; - un courrier du 20 mai 2019 de X. _____ Assurance informant l'assuré de la fin de son droit au versement des indemnités journalières en cas de maladie avec effet au 22 octobre 2019 tenant compte d'une capacité de travail à nouveau entière dans une activité adaptée, selon l'expert G. _____. L'OAI a fait réaliser une enquête économique pour les indépendants dont il ressort que l'entreprise J. _____ Sàrl était encore en phase de lancement lors de la survenance des problèmes de santé de l'assuré. En l'absence de recul pour chiffrer le revenu hypothétique sans atteinte à la santé, ce terme de la comparaison des revenus à opérer devait être déterminé sur la base des données statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires ([ESS] ; rapport du 8 juillet 2019). Par projet de décision du 12 juillet 2019, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'au terme du délai d'attente d'un an depuis l'accident, le 10 juin

2018, la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activité légère, excluant les ports de charges au-delà de dix kilos de manière ponctuelle et cinq kilos de manière régulière, les mouvements brusques et répétitifs impliquant la nuque comme un travail soumis aux vibrations, travail excluant les travaux de forces et répétitifs impliquant le membre supérieur droit principalement au-delà de l'horizontale) était de 100 %. Compte tenu de la demande tardive, le droit éventuel à la rente naissait le 1^{er} mai 2019. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité était de 9,66 %. L'OAI a également informé l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi des mesures professionnelles. Le 30 août 2019, l'OAI a enregistré au dossier, une lettre du 28 août 2019 du Dr N. _____, médecin auprès du Centre de [...] à [...], médecin traitant, lui demandant de convoquer l'assuré pour évaluer les possibilités d'entamer une reconversion professionnelle dans une activité adaptée à son état de santé. A l'appui de sa contestation du 18 septembre 2019 contre le projet de décision du 12 juillet 2019, l'assuré a contesté être en mesure de retravailler à plein temps dans n'importe quel métier, indiquant qu'il était toujours capable de travailler à mi-temps dans son entreprise en y accomplissant des tâches administratives. Il a proposé une entrevue avec l'OAI pour pouvoir lui détailler sa situation. Par décision du 30 octobre 2019, l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son projet du 12 juillet 2019 rejetant la demande de mesures professionnelles et de rente déposée par l'assuré. Cette décision n'a pas été contestée. b) Le 8 mars 2024, D. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) en raison d'atteintes à la nuque et à la colonne cervicale. A l'invitation de l'OAI, l'assuré lui a transmis un rapport du 28 mars 2024 du Dr N. _____ qui décrit la situation médicale de la manière suivante : “ Suite à votre demande du 21 mars 2024, voici les informations médicales demandées : Mr D. _____ présente des troubles de la colonne cervicale et lombaire sévères qui sont liés à de l'arthrose et des hernies discales. Ces problématiques sont connues depuis plusieurs années mais sont en aggravation progressive. Le patient a été envoyé au centre de la douleur (Swiss Institute Pain) mais les thérapies ne portent que peu d'amélioration. Le patient étant plâtrier-peintre, il ne peut plus travailler en haut et au sol, sans devoir le payer durant plusieurs jours par la suite. Les thérapies classiques apportent une stabilisation des symptômes mais le patient n'a pas de marge et il ne peut plus effectuer des efforts intenses, des mouvements répétitifs, des ports de charges, travailler avec les bras en hauteur et au sol. Ces problèmes vont s'aggraver progressivement. Les limitations sont définitives. Le patient a une capacité de travail à 50% dans son activité habituelle avec un rendement de 60-80 %. Au vu de l'âge du patient, je ne sais pas quelle est la meilleure option. ” Avec son rapport, le Dr N. _____ a joint les pièces médicales suivantes : - un rapport d'IRM lombaire du 24 juin 2022 du Dr C. _____, spécialiste en radiologie, qui se termine de la manière suivante : “ Conclusion Par rapport à l'examen comparatif du 07/09/2009, on retrouve une dessiccation discale L4-L5 avec léger rebord discal circonférentiel prédominant en région paramédiane gauche, au contact de la racine L5 en région sub-articulaire, ne permettant pas d'exclure un phénomène irritatif. Présence d'une déchirure rehaussée de l'anneau fibreux prédominant en région paramédiane gauche. Apparition d'une légère discopathie L2-L3 avec débord disco-ostéophyttaire antérieur sans répercussion sur les structures nerveuses. Les autres disques intervertébraux, ainsi que les articulations facettaires ne montrent pas d'anomalie significative. Pas de sténose canalaire ou foraminale significative. ”; - un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 12 janvier 2024 du Dr A. _____, spécialiste en radiologie, qui met en évidence chez l'assuré des discopathies modérées en C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec uncarthrose débutante en C4-C5 et C5-C6 prédominante du côté gauche,

sans remaniement inflammatoire, ainsi que l'absence de sténose foraminale ou de conflit radiculaire. Lors d'une permanence du 23 avril 2024, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a, sur la base de son analyse des renseignements médicaux recueillis au dossier, estimé qu'il n'y avait pas d'éléments pour objectiver une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis sa précédente demande de prestations de l'assurance-invalidité. Par décision du 6 juin 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré, au motif que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement depuis la précédente décision de refus de prestations du 30 octobre 2019, de sorte que l'assuré ne rendait pas vraisemblable une aggravation de son état de santé. Certaines limitations fonctionnelles, à savoir : « mouvement penché en avant, porte à faux du tronc, position statique prolongée debout/assise », s'ajoutaient aux précédentes. Toutefois, une pleine et entière capacité de travail restait exigible dans une activité adaptée. Le préjudice économique demeurait inchangé et sans aucune mesure professionnelle susceptible de le réduire.

B. Par acte du 5 juillet 2024 adressé à l'OAI et transmis le 10 juillet 2024 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence, D. _____ a recouru contre la décision précitée, concluant à son annulation et à l'entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Il a allégué que son incapacité de travail était de 100 %, selon son médecin traitant, et que son état de santé s'était aggravé. Dans sa réponse du 21 août 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a observé que le rapport médical produit à l'appui de la nouvelle demande n'avait pas rendu plausible une modification significative de l'état de santé du recourant depuis le 30 octobre 2019, date de la précédente décision de refus des mêmes prestations.

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, le recourant a contesté la décision rendue le 6 juin 2024 par un courrier du 5 juillet 2024 adressé à l'office intimé, lequel l'a transmis à la Cour de céans comme objet de sa compétence. Déposé en temps utile auprès d'un organe de mise en œuvre des assurances sociales (art. 30 LPGA), et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est par conséquent recevable, quand bien même il n'a été transmis que le 10 juillet 2024.

2. Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, déposée en mars 2024.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme). Le nouveau droit est donc applicable en l'espèce, la nouvelle demande datant du 8 mars 2024. b)

L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) 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). d) 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2023 du 20 avril 2023 consid. 2.2). 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). e) 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 ; TF 9C_555/2023 du

avril 2024 consid. 4.2). 4. a) En l'occurrence, le recourant a déposé une première demande de prestations auprès de l'OAI, qui a été rejetée par décision du 30 octobre 2019 sur la base du rapport d'expertise du Dr G. _____ au motif qu'il présentait un degré d'invalidité de 9,66 %. Il ressort en effet du rapport d'expertise du 17 avril 2019 qu'il souffrait de cervicalgies chroniques et d'un conflit sous-acromial de l'épaule droite. Cet expert retenait une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle mais il bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé (« activité légère, excluant les ports de charges au-delà de 10 kg de manière ponctuelle et de 5 kg de manière régulière, les mouvements brusques et répétitifs impliquant la nuque, la position statique prolongée avec cette dernière au-delà de 30 minutes d'affilées comme un travail soumis aux vibrations, activité professionnelle excluant les travaux de forces et répétitifs impliquant le membre supérieur droit principalement au-delà de l'horizontale »). C'est par rapport à cette décision qu'il y a lieu d'examiner si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé qui justifierait l'entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestations. b) Le rapport du 28 mars 2024 du Dr N. _____ atteste de troubles sévères à la colonne cervicale et lombaire liés à de l'arthrose et à des hernies discales, connus depuis plusieurs années. Ces atteintes à la santé avaient déjà été retenues en 2019 par l'expert G. _____ qui avait diagnostiqué des cervicalgies chroniques causales d'une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle. Le médecin traitant évoque certes une « aggravation progressive » de l'état de santé de son patient sans toutefois l'objectiver par des éléments médicaux. Au contraire, le Dr N. _____ expose que les thérapies classiques apportent une stabilisation des symptômes tout en indiquant que le recourant ne peut plus effectuer des efforts intenses, des mouvements répétitifs, des ports de charges, travailler avec les bras en hauteur et au sol, soit autant de limitations fonctionnelles déjà présentes dans le rapport d'expertise du Dr G. _____. Le médecin traitant confirme la capacité de travail résiduelle à 50 % dans l'activité habituelle. Certes, il fait état d'un rendement réduit de 60 à 80 % de cette capacité de travail résiduelle, sans expliquer toutefois ce qui différencierait de l'appréciation précédente et ce qui justifie ce rendement réduit. Au terme de l'instruction de la demande initiale, il était retenu que l'activité habituelle de plâtrier-peintre n'était plus adaptée à l'état de santé défaillant. Ce rapport n'apparaît pas déterminant dès lors qu'il ne contient aucun nouvel élément qui attesterait une évolution défavorable en regard de la situation qui existait en octobre 2019. Le Dr C. _____, dans le rapport d'IRM lombaire du 24 juin 2022, transmis par le médecin traitant, retrouve, par comparaison avec un examen datant de septembre 2009, une dessiccation discale L4-L5 avec un léger rebord discal circonférentiel prédominant en région sub-articulaire, sans exclure un phénomène irritatif, et une déchirure rehaussée de l'anneau fibreux prédominant en région paramédiane gauche. Cette imagerie médicale fait état de l'apparition d'une légère discopathie L2-L3 avec débord disco-ostéophyttaire antérieur sans répercussion sur les structures nerveuses. Il n'est pas constaté d'anomalie significative aux autres disques intervertébraux et aux articulations facettaires. A côté de la légère discopathie mise en évidence, cet examen s'avère donc rassurant, le Dr N. _____ n'ayant au demeurant pas pointé cet élément comme une aggravation significative. Le rapport d'IRM de la colonne cervicale du 12 janvier 2024 du Dr A. _____ montre des discopathies modérées en C4-C5, C5-C6 et C6-C7. Il est relevé un début d'arthrose prédominant du côté gauche (en C4-C5 et C5-C6) mais sans remaniement inflammatoire, ni sténose foraminale, ni conflit radiculaire. La situation est comparable avec celle déjà observée en 2019 par l'expert G. _____ qui avait estimé que les cervicalgies chroniques n'avaient pas de répercussion sur la capacité de

travail entière du recourant dans une activité adaptée. Rien ne permet donc de retenir une aggravation significative de l'état de santé du recourant. c) Finalement, les rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande de prestations rendent uniquement compte d'une situation superposable à celle qui prévalait lors de la demande initiale. Quand bien même le Dr N. _____ a posé quelques limitations fonctionnelles supplémentaires à celles déjà connues, soit le mouvement penché en avant et le porte-à-faux du tronc, dont l'intimé a tenu compte, le SMR a estimé qu'elles ne modifiaient pas la pleine et entière capacité de travail du recourant retenue dans une activité adaptée. Aucun élément dans les documents remis à l'appui de la deuxième demande de prestations déposée en mars 2024 n'est ainsi propre à démontrer une aggravation significative de l'état de santé justifiant une modification de l'invalidité du recourant depuis la précédente décision entrée en force du 30 octobre 2019. d) L'office intimé n'est, à juste titre, pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations d'invalidité du 8 mars 2024. 5. a) Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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