

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 octobre 2021

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourant, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud,
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

En fait :

A. Le 5 août 2016, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rendu un arrêt (CASSO AI 311/15 - 201/2016) dont la partie « En fait » est la suivante :

“K. _____ (ci-après : l'assuré), ressortissant [...] né en [...], entré en Suisse en [...], sans formation professionnelle, a travaillé comme manœuvre de chantier pour l'entreprise A. _____ SA dès janvier 2001. Le 18 septembre 2001, dans le contexte d'un accident de travail, l'assuré a subi une fracture du calcaneum droit, traitée par ostéosynthèse le 1^{er} octobre suivant. L'accident a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : CNA), laquelle a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

L'évolution se révélant défavorable, avec une suspicion d'algoneurodystrophie de type Südeck retardant la rééducation, l'assuré a été adressé à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). A l'issue d'un séjour dans le service de réadaptation générale du 12 juin au 5 juillet 2002, les médecins de la CRR ont discuté la situation de l'assuré dans un rapport du 8 août 2002 et conclu comme suit :

« En septembre 2001, M. K. _____ chute d'une échelle avec réception sur les talons. On effectue alors un bilan radiologique montrant une fracture du calcaneum droit. Une IRM montre que la fracture du calcaneum est intra-articulaire intéressant l'articulation sous-astragalienne postérieure et l'articulation astragalo-cuboïdienne. Le 01.10.01 a lieu une réduction sanglante et ostéosynthèse. Le patient évolue défavorablement avec persistance de talalgies et de limitations fonctionnelles majeures ne répondant qu'au repos. Le patient est par ailleurs équipé de chaussures de type Künzli sans amélioration à la douleur. En raison d'une suspicion d'algodystrophie, le patient a suivi un traitement de Miacalcic sans aucun effet.

Le status à l'entrée montre un empâtement de la cheville droite avec une limitation dans tous les mouvements. Le patient décrit que tous les tests de mobilité sont tous très douloureux. L'examen est limité de ce fait.

Une scintigraphie osseuse effectuée le 20.06.02 ne montre pas de signes d'algoneurodystrophie du pied droit. Les altérations sont secondaires à la fracture et à l'os. Le bilan radiologique montre une reconstruction correcte de l'angle de Böhler sans signe de démontage. Le dernier cliché ne met pas assez en évidence l'articulation calcaneéo-cuboïdienne et sous-astragalienne postérieure et antérieure. Un CT-scan de l'articulation sous-astragalienne peut être envisagé.

On est donc frappé de constater que l'importance des douleurs décrites par le patient et de la discordance avec les constatations objectives cliniques et radiologiques.

Nous inscrivons M. K. _____ en physiothérapie antalgique avec traitement de cicatrice, amélioration des amplitudes articulaires, renforcement musculaire. Le patient suit des thérapies individuelles ainsi qu'en groupe, à sec et en piscine, avec également une école de marche.

Du point de vue subjectif, l'évolution est nulle. Le patient trouve même ses douleurs augmentées par les diverses thérapies. On ne constate que peu d'amélioration des amplitudes de la cheville du point de vue objectif. A noter un certain manque de collaboration du patient avec d'importantes auto-limitations et une attitude très démonstrative.

Le patient est équipé de chaussures orthopédiques Künzli qu'il chausse mais ne noue pas correctement. Nous équipons M. K. _____ d'amortisseurs talonniers, ces chaussures Künzli étant déjà équipées d'une barre de déroulement.

L'hospitalisation a été écourtée en raison de l'attitude inadéquate du patient lors d'une consultation orthopédique. Il ne nous a donc pas été possible d'effectuer le CT-scanner à la recherche d'un manque de consolidation. Cet examen pourra être fait ambulatoirement.

En cas de lésion objectivée, une arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne pourrait être proposée.

Du point de vue professionnel, le travail de manœuvre semble difficilement envisageable pour l'instant. Des éléments autres qu'orthopédiques semblent assombrir le pronostic de reprise. Un reclassement professionnel semble difficile à envisager compte tenu de la barrière linguistique et du manque de collaboration du patient.
»

Dans un rapport du 3 septembre 2002 à l'attention de la CNA, le Dr J. _____, chef de clinique adjoint au Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), a fait état d'une évolution stagnante, avec la persistance de douleurs et d'épisodes itératifs de tuméfaction de la cheville droite rendant la marche quasiment impossible sans cannes ; le patient décrivait en outre des lombalgies sur trouble statique. Dans la mesure où le dernier contrôle n'avait révélé aucune altération dégénérative et une bonne consolidation de la fracture, le Dr J. _____ n'avait pas répété le bilan radiologique. Il n'avait finalement aucune proposition thérapeutique, relevant qu'une reconversion professionnelle via l'assurance-invalidité semblait la seule possibilité envisageable.

Le 18 septembre 2002, l'assuré a été examiné par le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA. Interrogé sur ses intentions professionnelles, l'assuré a déclaré n'avoir « plus aucune intention de travailler jusqu'à la fin de ses jours ». Il a également déclaré être obligé de prendre des cannes pour sortir mais être capable de marcher sans elles à la maison ; à

cet égard, le Dr N. _____ a constaté, au cours de l'examen, que la marche sans cannes s'effectuait avec une boiterie caricaturale, l'assuré s'agrippant aux meubles et s'interrompant tous les deux pas pour se masser le pied. Le Dr N. _____ a également remarqué, lors de l'examen de la colonne vertébrale, une légère scoliose dorso-lombaire gauche. Finalement, il a apprécié la situation comme suit :

« Nous nous trouvons chez cet assuré à une année d'une fracture calcanéenne actuellement consolidée. Un syndrome de Südeck a été évoqué dans les suites mais n'a pas été confirmé par la scintigraphie pratiquée au CRR de Sion.

Le tableau actuel est marqué par d'importantes discordances entre les plaintes subjectives et les constatations objectives. Cet assuré un peu fruste s'est fermement installé dans un comportement d'invalidé que l'on pourra difficilement modifier. Nous ne reviendrons pas sur les différentes hyper-réactions qui ont parasité l'examen clinique de ce jour décrit plus haut. Nous nous contenterons de souligner la discordance entre l'impotence fonctionnelle affichée et l'absence d'une amyotrophie musculaire du mollet ou de la cuisse (cf. mesures des périmètres) que l'on devrait normalement observer dans le cas d'une épargne aussi importante. Objectivement il existe certes une limitation fonctionnelle de la sous-astragaliennne consécutive à la fracture ainsi que des altérations post-fracturaires du calcanéum. La traduction de ces séquelles nous paraît cependant très probablement majorée par des facteurs non organiques.

Dans ce contexte, nous ne pouvons que partager l'avis du Dr J. _____ concernant l'absence d'une amélioration notable que l'on pourrait attendre de l'AMO ou même de la poursuite d'un traitement médical autre que symptomatique. Nous proposons donc à la Suva de procéder au bouclage asséculo-logique du cas sur la base de l'exigibilité qui suit et d'une indemnisation pour atteinte à l'intégrité qui fera l'objet d'une appréciation séparée.

EXIGIBILITE

Sur le plan organique, des séquelles objectives de l'accident permettraient à cet assuré de mettre en valeur une pleine capacité dans un travail léger, sédentaire ou permettant les positions alternées et n'exigeant pas de déplacements importants. »

Le 30 janvier 2004, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et à l'indemnité journalière, avec effet au 29 février 2004. Par décision du 18 mai 2004, elle lui a alloué une rente d'invalidité de 13% dès le 1^{er} mars 2004, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. Sur le plan médical, elle a considéré qu'il y avait lieu de s'en tenir aux conclusions du rapport d'examen du Dr N. _____ ; le travail d'ouvrier dans le domaine de la construction n'était raisonnablement plus exigible alors qu'une capacité de travail totale devait être reconnue dans une activité adaptée (activité professionnelle légère, permettant l'alternance des positions assis/debout). Sur le plan économique, elle a procédé à une approche théorique, estimant le revenu sans invalidité conformément aux informations transmises par l'ancien employeur et le revenu d'invalidé sur la base de cinq descriptions de

postes de travail (ci-après : DPT). Le choix des DPT avait par ailleurs été examiné et agréé par le médecin d'arrondissement.

B. Le 25 septembre 2002, K._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente, en raison de la fracture du calcanéum droit.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), la CNA a transmis le dossier constitué en faveur de l'assuré.

Le 2 décembre 2002, le Dr J._____ a adressé à l'OAI un rapport aux termes duquel le diagnostic de fracture du calcanéum droit avec ostéosynthèse était reconnu comme affectant la capacité de travail. Le Dr J._____ exposait que le séjour à la CRR n'avait pas entraîné d'amélioration du status local, avec la stagnation de l'évolution, la persistance de douleurs et un épisode de tuméfaction à répétition. La marche sans cannes était impossible, avec l'apparition de douleurs lombaires. Les radiographies montraient cependant une consolidation acquise de la fracture et l'absence d'altération dégénérative. Le Dr J._____ n'avait pas de proposition thérapeutique chirurgicale à formuler, hormis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse à une année de l'intervention, qui ne changerait, selon lui, probablement rien à la situation douloureuse. Finalement, son pronostic était réservé et il préconisait des mesures professionnelles.

Se référant au rapport d'examen du 18 septembre 2002 du Dr N._____, l'OAI a considéré que le tableau était marqué par d'importantes discordances entre les plaintes subjectives et les constatations objectives. Lors d'un entretien du 7 juillet 2003, l'assuré avait annoncé des limitations ne laissant pas entrevoir de possibilités de reclassement et avait fait part, le 23 mars 2004, de son incapacité à reprendre une quelconque activité. Eu égard à ces éléments, l'OAI a considéré que son intervention pour favoriser la reprise d'une activité professionnelle s'avérait sans objet et a procédé à l'évaluation du préjudice économique. Le revenu sans invalidité était fixé en référence à l'attestation de salaire du dernier employeur et se chiffrait à 51'675 francs. Le revenu d'invalidité était estimé à 45'986 fr., correspondant à la moyenne des salaires annuels selon les fiches DPT pour un emploi en milieu industriel (alimentation de machines automatiques, surveillance de chaînes de production, finition de pièces sortant de la fabrication, montage de petits éléments), soit un travail léger, n'impliquant pas de port de charges supérieur à 10 kg, permettant de travailler majoritairement assis et n'exigeant aucun déplacement de plus de 50 mètres. Après comparaison des revenus, l'OAI a conclu que l'assuré pouvait conserver son autonomie financière dans un emploi adapté (cf. rapport final de la Division administrative de l'OAI du 26 mars 2004).

Le 23 août 2004, se fondant principalement sur les investigations effectuées par la CNA, notamment la reconnaissance d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 18 septembre 2002, l'OAI a communiqué à l'assuré une décision de refus d'octroi de rente d'invalidité, au motif que son degré d'invalidité, fixé à 11%, était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

L'assuré s'est opposé à cette décision. Il alléguait principalement que la décision intervenait prématurément, son état de santé n'étant pas stabilisé, subsidiairement qu'elle ne prenait pas en compte l'ensemble de sa problématique dorsale (scoliose) et retenait un revenu sans invalidité inférieur à celui auquel il aurait pu effectivement prétendre (cf. courrier du 21 septembre 2004).

C. Dans un courrier du 14 septembre 2004, la CNA a informé l'assuré qu'elle annulait la décision de rente du 18 mai 2004, eu égard à l'évolution du cas et à l'intervention chirurgicale planifiée. L'assureur-accidents a repris le service des prestations à la date à laquelle il l'avait suspendu.

Le Dr N. _____ a examiné la situation de l'assuré, tenant compte de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 21 mai 2004 et de l'échec des divers traitements entrepris. Son appréciation médicale du 14 mars 2005 faisait état notamment de ce qui suit :

« Le parcours médical et chirurgical de cet assuré après notre bilan de liquidation de 2002 n'a pas amené d'amélioration de la situation subjective et objective, chez un assuré s'étant vraisemblablement définitivement installé dans un comportement invalidant.

Sur le plan strictement organique mes conclusions concernant l'exigibilité restent toujours d'actualité.

Il en va de même de mon estimation de l'IPAI de 15% qui tenait compte d'une aggravation prévisible vers une arthrose sous-astragalienne.

Nous pouvons clairement conclure, comme l'évolution à ce jour le démontre clairement, qu'il n'y a pas lieu d'attendre d'amélioration notable de l'état de cet assuré par des mesures médicales autres que purement symptomatiques, comme nous l'avions d'ailleurs déjà prédit en 2002. »

Le 28 avril 2005, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière, avec effet au 30 avril 2005. Elle lui a alloué une rente d'invalidité de 14% dès le 1^{er} mai 2005, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% (cf. décision du 30 novembre 2006, confirmée par décision sur opposition du 19 avril 2007).

D. Interpellé par l'OAI, le Dr G. _____, médecin au Service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, a remis son rapport médical le 12 juillet 2005. Il posait les diagnostics d'arthrose de la sous-talienne de la calcanéo-cuboïdienne droite et de syndrome douloureux chronique de la cheville et du pied droits. Les plaintes de l'assuré, extrêmement expressives, concernaient des enflures récidivantes, des douleurs prenant la région infra-malléolaire externe droite, des brûlures le long de la face antérieure du tibia, du bord externe du pied, parfois du talon, et dans une moindre mesure du dos du pied. Le Dr G. _____ décrivait un patient extrêmement démonstratif, expliquant qu'il était impossible de savoir si la mobilisation de la sous-talienne était douloureuse et de tester la

mobilité de cette articulation, dans la mesure où l'ensemble du pied et du talon, ainsi que la face antérieure du tibia et de la région du nerf péronier, étaient pratiquement intouchables, le patient sursautant violemment à chaque fois. Le pronostic était extrêmement réservé, avec une symptomatologie douloureuse difficilement qualifiable, d'un caractère chronique. Il n'y avait pas de mesure envisageable, le patient étant toutefois adressé à la consultation d'antalgie du CHUV. Finalement, le Dr G._____ considérait que l'assuré, en incapacité de travail totale depuis 2001, était en mesure d'exercer une activité en position assise, précisant qu'il n'était pas de sa compétence de se prononcer sur cette question.

Le 30 septembre 2005, le Dr Z._____, médecin au Service d'anesthésiologie du CHUV, a posé les diagnostics d'arthrose post-traumatique sous-talienne et calcanéocuboïdienne à droite, et de syndrome douloureux chronique du membre inférieur droit. Dans son rapport à l'OAI, il décrivait, à titre de plaintes subjectives, des douleurs de type mécanique et neurogène, sans qu'il n'y ait de signe objectif de Südeck. Un traitement symptomatique était prescrit et une discussion avec l'orthopédiste était prévue en vue d'une éventuelle arthrolyse antalgique.

L'OAI a confirmé le refus de rente par décision sur opposition du 27 février 2008. Il considérait que l'état de santé de l'assuré était à nouveau stabilisé, que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse réalisée en mai 2004 n'avait justifié qu'une incapacité de travail temporaire, inférieure à douze mois donc insuffisante pour constituer un nouveau délai d'attente, et que sa capacité de travail restait entière dans une activité adaptée. De surcroît, son degré d'invalidité demeurait fixé à 11% et était de ce fait inférieur au taux de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Cette décision est entrée en force.

E. K._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 15 février 2011. Il indiquait quant au genre de l'atteinte la fracture au pied droit survenue le 18 septembre 2001.

L'OAI l'ayant invité à rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé, l'assuré lui a transmis un certificat médical établi le 24 mars 2011 par la Dresse I._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, faisant les constatations suivantes :

« M. K._____ présente des douleurs importantes à l'endroit de l'ancienne fracture du calcanéum droit et une gêne fonctionnelle majeure, entraînant une boiterie. Il ne se déplace qu'avec des cannes, sur la pointe du pied droit. Cela entraîne des douleurs lombaires chroniques avec de fréquentes exacerbations sous forme de blocage.

Là-dessus se greffe un état anxio-dépressif majeur pour lequel il a été suivi pendant quelques temps par un psychiatre, sans beaucoup d'évolution.

Sur le plan de la médecine interne il présente également un diabète de type II et une HTA et souffre d'une hépatite B chronique.

M. K. _____ est à l'incapacité de travail de 100% depuis 2001.

Le pronostic est défavorable, l'état est chronifié et la reprise d'une activité professionnelle chez ce patient s'exprimant mal en français n'est pas envisageable. »

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a prié la Dresse I. _____ de répondre à des questions complémentaires. Dans son rapport médical du 12 avril 2011, elle a diagnostiqué une fracture comminutive intra-articulaire du calcanéum droit, des dorsolombalgies sur troubles statiques et un état dépressif, comme affectant la capacité de travail et existant depuis 2001. Un diabète de type 2 (depuis 2005), une hypertension artérielle (depuis 2006) et une hépatite B chronique (depuis 2007) étaient diagnostiqués comme sans effet sur la capacité de travail. Elle confirmait l'incapacité totale de travailler comme manœuvre sur un chantier depuis septembre 2001 et considérait qu'une réadaptation était illusoire en raison d'un patient fruste, ne parlant que très mal le français et présentant un état dépressif sous-jacent.

Répondant aux questions complémentaires de l'OAI, la Dresse I. _____ a relevé, le 26 juillet 2011, que s'agissant du diagnostic selon la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), il y avait lieu de demander l'avis du Centre de psychiatrie du [...], où l'assuré avait été suivi pendant quelque temps en 2007. Elle précisait que le suivi s'était arrêté en 2008 sans qu'elle n'en connaisse précisément la raison, si ce n'était que le patient était probablement peu accessible à un traitement psychothérapeutique, ajoutant que le traitement médicamenteux antidépresseur Cipralex®, instauré en 2007, avait été arrêté au début 2009, sur demande de l'assuré alléguant ne pas sentir de différence sous ce traitement. Finalement, s'agissant des raisons empêchant l'assuré d'exercer une activité adaptée, elle n'en voyait aucune, hormis le déplacement avec des cannes rendant impossible tout travail physique.

L'assuré a été convoqué le 26 mars 2012 auprès du SMR pour un examen clinique psychiatrique. La Dresse O. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu dans son rapport du 4 mai 2012 le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique (F68.0) ; ce diagnostic était considéré comme sans répercussion sur la capacité de travail et aucun diagnostic affectant la capacité de travail n'a été posé. Les plaintes de l'assuré étaient uniquement physiques, concernant des douleurs à la jambe droite, au dos, des blocages à la nuque, des maux de tête et l'impossibilité de rester assis longtemps. La Dresse O. _____ retenait, sur le plan purement psychiatrique, une capacité de travail de 100% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Elle relevait en outre ce qui suit :

« Sur le plan psychiatrique, notre examen clinique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité

morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Dans le rapport médical du 12.04.2011, le médecin-traitant, la Dresse I._____, médecin généraliste, retient le diagnostic d'état dépressif existant depuis 2001 et ceci en l'absence d'un status psychiatrique ou d'un diagnostic selon les critères cliniques de la CIM-10.

Il est possible que l'assuré ait pu développer une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle à ses douleurs chroniques ou simplement une humeur dépressive, sans incidence sur la capacité de travail et qui actuellement est en rémission.

En l'absence de tout document psychiatrique, nous ne pouvons pas nous prononcer sur la période 2007 où l'assuré aurait eu 5-6 entretiens avec un psychiatre au [...] (Centre Psychiatrique du [...]) d[...].

Selon les informations anamnestiques fournies par l'assuré, une évaluation psychiatrique aurait été également effectuée au [...] d[...] en novembre-décembre 2011. Une fois de plus, aucun document psychiatrique n'est en notre possession.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique, qui est caractérisé par la présence des symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique de l'assuré. Ce diagnostic n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie, il n'a aucune prise en charge rhumatologique, consulte toutefois peu son médecin-traitant et garde un fonctionnement social normal.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, notre assuré ne souffre d'aucune pathologie à caractère incapacitant et sa capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

Limitations fonctionnelles

L'assuré ne présente pas de limitations fonctionnelles psychiatriques.

Les difficultés financières, l'absence de formation professionnelle et les difficultés linguistiques ne font pas partie du domaine médical."

Dans un avis du 9 mai 2012, le SMR a considéré, au vu de l'examen de la Dresse O._____, que le fait nouveau psychiatrique présenté par le médecin traitant, soit l'état anxio-dépressif, était objectivé sous forme de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique, et que cette situation ne justifiait aucune incapacité de travail. Il en résultait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, les

limitations fonctionnelles demeurant inchangées et la capacité de travail restant nulle dans l'activité habituelle d'employé de chantier.

Le 11 mai 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité et de reclassement. Il a estimé que son état de santé demeurait identique à celui présenté lors de la précédente décision de refus de prestations du 27 février 2008, de sorte que son degré d'invalidité se maintenait à 11%.

L'assuré a fait part à l'OAI de ses observations sur ce projet le 11 juin 2012, alléguant que son état de santé et ses difficultés à s'exprimer en français ne lui permettaient pas d'envisager une reprise d'activité professionnelle.

Dans un rapport du 22 octobre 2012, les Drs C. _____ et H. _____ du Centre de psychiatrie du [...] ont indiqué que l'assuré leur avait été adressé en 2007 par son médecin traitant pour évaluation d'une symptomatologie dépressive importante avec symptômes psychotiques, et lui avoir dispensé un traitement du 8 novembre 2011 au 3 mai 2012. Ils ont posé les diagnostics affectant la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) (possible schizophrénie comme diagnostic différentiel) et de douleurs chroniques où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques (F45.41), estimant que la symptomatologie dépressive était « apparemment » apparue trois ans après l'accident de travail. Ils mentionnaient que la symptomatologie psychique associée, constatée en 2007-2008 et toujours présente, comprenait des troubles massifs du sommeil, une fatigue et une fatigabilité importantes, un manque d'élan vital avec une apathie, voire un apragmatisme, une thymie abaissée avec des pleurs, une anhédonie, des idées de culpabilité et d'infériorité, un ralentissement et des troubles de la concentration, ainsi que des difficultés importantes de se projeter dans l'avenir et des idées suicidaires non scénarisées. Ils constataient également des symptômes suggérant une composante psychotique, comme les hallucinations auditives - et rarement visuelles - décrites par le patient, un émoussement affectif et un retrait social. Par ailleurs, les plaintes de l'assuré concernaient des douleurs localisées au pied, montant vers le dos jusqu'à la nuque, présentes plus violemment lors des déplacements, des changements de position ou en position assise prolongée. Selon les Drs C. _____ et H. _____, la symptomatologie dépressive - et les symptômes psychotiques associés - pouvait théoriquement répondre à une thérapie antidépressive, éventuellement avec un traitement neuroleptique associé, mais compte tenu des difficultés du patient à adhérer à un traitement, de la composante somatique, du contexte social avec de possibles bénéfices secondaires et de la longue durée d'évolution, le pronostic leur semblait très peu favorable.

Dans un avis du 31 octobre 2012, le SMR a retenu que l'examen psychiatrique au SMR permettait de conclure à la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques sans comorbidité psychiatrique et que le rapport psychiatrique du Centre de psychiatrie du [...], évoquant entre autres les problèmes de sommeil non traités, n'apportait aucun élément médical nouveau

par rapport à l'examen de la Dresse O._____. En définitive, les conclusions du SMR ne pouvaient être modifiées.

Par décision du 7 novembre 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 11 mai 2012. Il exposait, dans une lettre d'accompagnement datée du même jour, que le SMR n'admettait pas d'aggravation depuis l'examen clinique du 26 mars 2012. Par ailleurs, les difficultés à s'exprimer en français, les particularités comportementales de nature socioculturelle, ethnique ou familiale, ainsi que la longue période d'inactivité, l'âge ou l'absence de motivation ne constituaient pas des facteurs dont il devait être tenu compte pour la fixation du taux d'invalidité.

F. Par arrêt du 4 octobre 2013 (AI 291/12 - 256/2013), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours formé par K._____, annulé la décision de l'OAI du 7 novembre 2012 et renvoyé la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision, au motif qu'il ne se justifiait pas, en l'état, d'écarter l'avis des Drs H._____ et C._____ au profit de celui de la Dresse O._____ et du SMR, et que les divergences entre les rapports médicaux auraient dû inciter l'OAI à ordonner une expertise médicale tendant à clarifier la situation sur le plan psychiatrique.

L'OAI a repris l'instruction du dossier et convoqué l'assuré à une expertise auprès du Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

L'expertise psychiatrique a été réalisée le 28 avril 2014 en présence d'un interprète. Dans son rapport rédigé le 19 mai suivant, le Dr B._____ a retenu pour seul diagnostic une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique (F68.0), considérée comme n'affectant pas la capacité de travail. Sous l'intitulé « Appréciation du cas et pronostic », le Dr B._____ s'est exprimé notamment comme suit :

« [...] l'assuré a travaillé 8 mois en Suisse, jusqu'à l'accident du 18.09.2001 où il s'est cassé la jambe car un marteau piqueur lui est tombé dessus. A signaler que pendant ce moment-là, l'assuré n'a pas eu peur de mourir, selon lui, et qu'il n'y a pas eu de signes ou de symptômes d'un stress post-traumatique.

Depuis ce moment-là, l'assuré est incapable de travailler à cause de ses douleurs et les différents remèdes et opérations n'ont pas amélioré celles-ci.

Selon les documents mis à ma disposition, cet assuré aurait fait un état dépressif qui aurait été soigné par un psychiatre, mais l'assuré n'y a pas donné suite. Puis en 2011, il est à nouveau allé voir un psychiatre au [...] qui parle d'un épisode dépressif avec symptomatologie psychotique et notamment des hallucinations auditives et visuelles.

L'expert s'étonne de cette symptomatologie qui n'apparaît nullement lors de l'examen effectué avec l'aide d'un interprète. Bien au contraire, l'assuré s'exprime correctement dans sa langue maternelle, dans un discours cohérent, il n'y a pas de troubles formels de la pensée ni de troubles de la perception. J'ignore si le

psychiatre du [...] a vu l'assuré avec l'aide d'un interprète. J'ai interrogé l'assuré par rapport à ses éventuelles hallucinations et la description faite par celui-ci ne correspond pas du tout à la description des troubles de la perception. De plus, dans une problématique psychotique avérée et décompensée, il y a soit des hallucinations auditives (ce qui est le plus fréquent), soit des hallucinations visuelles (ceci est extrêmement rare) et fait partie plutôt de la symptomatologie des tumeurs cérébrales).

A signaler qu'en 2012, un examen psychiatrique a été effectué au SMR et qu'aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail n'a été retenu.

Je retiens le même diagnostic qu'en 2012, c'est-à-dire une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique (F68.0), qui selon la CIM-10 est caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés et entretenus par l'état psychique de l'assuré. A signaler également qu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale. Si nous étudions de près les activités journalières de l'assuré, il est capable de conduire, d'ailleurs il a conduit depuis [...] jusqu'à [...], ce qui exclut les troubles cognitifs handicapants et notamment les troubles de la concentration et de la mémoire, il va également chez ses médecins en voiture ; de plus, il a une vie pratiquement normale, il est capable de regarder la télévision et d'avoir du plaisir (nous avons pu parler du football où l'assuré sourit en parlant de son équipe préférée [...]), il rencontre également des compatriotes.

Le problème principal de cet assuré est la douleur et l'intime conviction qu'il est malade et que c'est l'Etat qui doit le prendre en charge, notamment les assurances sociales, ce qu'il ne comprend pas.

Dans ce sens-là, nous sommes très proches d'une évolution vers un trouble somatoforme, mais, au moment de l'entretien, l'expert n'a pas trouvé les éléments nécessaires selon la CIM-10 pour poser ce diagnostic.

Au cours de l'entretien et après étude du dossier, je n'ai pas pu retenir des signes ou des symptômes parlant en faveur d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité, l'assuré se plaint d'un problème de douleurs et le cas est plutôt social que psychiatrique.

Le pronostic reste réservé, car l'assuré est convaincu qu'il est malade. »

Au terme de son rapport, le Dr B. _____ a conclu que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé du point de vue psychiatrique et disposait d'une pleine capacité de travail.

Par avis du 2 juin 2014, le SMR s'est rallié à l'appréciation du Dr B. _____, lequel confirmait les conclusions de la Dresse O. _____, considérant que l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'ouvrier sur chantier et totale dans une

activité adaptée aux limitations fonctionnelles physiques d'épargne du membre inférieur gauche depuis le 18 décembre 2002.

Le 13 juillet 2015, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de refus de rente d'invalidité. Il relevait que la capacité de travail entière dans toute activité adaptée admise par le SMR - et reconnue par le Dr B. _____ au plan psychiatrique - conduisait au maintien des conclusions de sa précédente décision du 27 février 2008.

L'assuré, par son conseil, a fait part à l'OAI de ses observations sur ce projet le 2 septembre 2015. Il avançait l'existence de facteurs déterminants qui, par leur intensité et leur consistance, le rendaient incapable de fournir des prestations même dans une activité adaptée, et la présence d'un état dépressif de degré moyen, avec un suivi psychiatrique depuis 2007, qualifié en octobre 2012 par le Centre de psychiatrie du [...] de trouble dépressif récurrent sévère existant depuis 2004. Au surplus, il mettait en doute la valeur probante de l'expertise du Dr B. _____ et les conclusions du SMR, en contradiction avec les évaluations de ses médecins traitants.

Le SMR s'est prononcé dans un avis du 16 octobre 2015, relevant que les pathologies rapportées par l'assuré remonteraient à 2007, soit avant les examens des Drs O. _____ et B. _____, et qu'il était impossible à six mois (*sic*) de la dernière expertise d'avoir un trouble dépressif récurrent sévère, puisque cela présupposait l'existence d'un épisode dépressif dans le passé, ce qui n'était pas le cas. Il niait par ailleurs l'existence de facteurs déterminants, soulignant que le Dr B. _____ mentionnait un assuré ne présentant pas de perte d'intégration sociale, allant chez le médecin en voiture et capable d'avoir du plaisir. Les allégations de l'assuré n'apparaissaient ni plausibles ni convaincantes au vu du dossier, de sorte que le SMR maintenait ses conclusions antérieures en considérant que la situation était inchangée.

Par décision du 30 octobre 2015, l'OAI a maintenu son refus de droit à une rente d'invalidité.

G. K. _____ a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 1^{er} décembre 2015, concluant à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui est reconnu. Il requiert en outre une « analyse complète physico-psychiatrique » aux fins d'évaluer son état de santé par un spécialiste neutre. En substance, il fait valoir que sa capacité de gain est nulle en raison de son état de santé actuel, se référant au certificat médical de la Dresse I. _____ du 24 mars 2011, au rapport des Drs H. _____ et C. _____ du 22 octobre 2012, dont les conclusions sont en contradiction avec celles de l'expert B. _____.

Dans sa réponse du 2 février 2016, l'OAI préavise pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Le recourant n'a pas fait valoir d'observations complémentaires."

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours déposé le 1^{er} décembre 2015 par K. _____ et confirmé la

décision rendue le 30 octobre 2015 par l'OAI. En substance, sous l'angle somatique, la Cour de céans a en premier lieu estimé que les atteintes mentionnées dans les rapports des 24 mars, 12 avril et 26 juillet 2011 de la Dre I. _____ ne pouvaient être de nouvelles pathologies invalidantes dès lors que, sur la base des rapports des Drs N. _____, J. _____ et G. _____ à l'origine de la décision initiale de refus de prestations du 27 février 2008, les douleurs à l'endroit de l'ancienne fracture calcanéenne et celles lombaires étaient attestées depuis 2002 et n'empêchaient pas l'exercice d'une activité adaptée, à plein temps. A l'examen des différents rapports médicaux au dossier, il résultait que, si l'exercice de la profession habituelle (manœuvre de chantier) de l'assuré était compromise en raison des séquelles objectives de l'accident du 18 septembre 2001, une capacité de travail entière était possible dans une activité adaptée (travail léger, sédentaire ou permettant les positions alternées et n'exigeant pas de déplacements importants). En outre, le reclassement professionnel semblait difficile compte tenu notamment de la barrière linguistique et du manque de collaboration de l'intéressé. Selon la cour, la Dre I. _____, seul médecin à s'être prononcé sur le plan somatique dans le cadre de la nouvelle demande, n'avait fourni aucune indication objective dans le sens d'une détérioration notable de l'état de santé de l'assuré sur ce plan. Au demeurant, bien que requérant une « analyse complète physico-psychiatrique », le recourant ne remettait pas en cause l'appréciation de son état au plan physique, le dossier ayant au demeurant été considéré comme complet sous cet angle dans le cadre de l'arrêt de renvoi de la Cour de céans du 4 octobre 2013. Dans ces circonstances, le SMR (avis médicaux des 31 octobre 2012 et 2 juin 2014), respectivement l'OAI, était fondé à retenir que la situation était à ce niveau identique à celle prévalant à l'époque de la décision antérieure. Sous l'angle psychiatrique, dans le cadre de la nouvelle demande de prestations déposée en février 2011, l'expert B. _____ mis en œuvre par l'OAI à la suite de l'arrêt de renvoi, a diagnostiqué, comme étant sans influence sur la capacité de travail, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique, caractérisé selon la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) par la présence de symptômes physiques compatibles

avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique de l'assuré. La Cour de céans a estimé, sur la base du rapport d'expertise du 19 mai 2014 - ayant valeur probante et l'emportant sur l'avis divergent des psychiatres du [...] -, qu'en ajoutant aux atteintes somatiques déjà retenues celle de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, laquelle pathologie était toutefois sans incidence sur l'exercice d'une activité adaptée car considérée comme n'étant pas incapacitante, aucune aggravation des atteintes ayant motivé la précédente décision n'a été rendue vraisemblable, pas plus que l'existence de nouvelles limitations fonctionnelles ; aucun élément probant ne tendait à démontrer que les pathologies s'additionnaient et interagissaient sur la capacité de travail d'une manière plus accrue que précédemment retenu. En définitive, la cour a retenu qu'entre la décision du 27 février 2008 et celle litigieuse du 30 octobre 2015, aucune aggravation importante de l'état de santé de l'assuré n'était de nature à influencer négativement sa capacité de travail. Dans cette mesure, la requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire n'apparaissait pas nécessaire selon une appréciation anticipée des preuves par le tribunal (cf. CASSO AI 311/15 - 201/2016 du 5 août 2016, consid. 5).

Cet arrêt n'a pas été contesté.

B. Le 3 novembre 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en raison des suites (arrêt de travail à 100 %, du 18 septembre 2001 au 20 octobre 2020, attesté par certificat du 20 octobre 2020 de la Dre I._____) de l'accident de l'automne 2001. Il a produit à cet effet les pièces médicales suivantes :

- un certificat du 30 novembre 2020 du Dr U._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, rédigé en ces termes :

“Le médecin soussigné certifie que **Monsieur K._____, né le [...]**, vient en traitement depuis 2012 pour des douleurs périrochantériennes gauches, qualifiés de périarthrite de hanche. Il est traité avec de la mésothérapie, injections sous-cutanées

superficielles d'un mélange d'anesthésique et d'anti-inflammatoires, 6 à 10 fois par année avec un soulagement passager.

Il n'y a pas eu d'autres investigations demandées par mes soins ni d'autre traitement que ces séances qui durent environ 10 minutes.

Je ne peux pas me prononcer sur la capacité de travail sur la base de mon dossier pour ce patient qui ne travaille plus depuis 2001." ;

- un rapport du 24 novembre 2020 de la Dre I. _____ dont on extrait ce qui suit :

"1. Diagnostics :

- Status après fracture comminutive intra-articulaire du calcaneum D [droit] en 2001.
- Arthrose talo-calcaneenne secondaire.
- Dorso-lombalgies sur trouble statique.
- Diabète de type II.
- HTA [hypertension artérielle].
- Hépatite B chronique.

2. M. K. _____ présente des douleurs importantes à l'endroit de l'ancienne fracture du calcaneum D et une gêne fonctionnelle majeure, entraînant une boiterie. Il ne se déplace qu'avec des cannes, sur la pointe du pied D. Cela entraîne des douleurs lombaires chroniques avec de fréquentes exacerbations sous forme de blocage.

Sur le plan de la médecine interne il présente également un diabète de type II et une HTA et souffre d'une hépatite B chronique.

Traitement actuel :

- Lantus® 12 unité/j.
- Janumet® 50/1000 2x/j.
- Forxiga® 10.
- Teveten Plus®.
- Logimax® 10/100.
- Tramadol®
- Dafalgan®

3. M. K. _____ est à l'incapacité de travail de 100% depuis 2001.

4. Le pronostic est défavorable, l'état est chronifié et la reprise d'une activité professionnelle chez ce patient s'exprimant mal en français n'est pas envisageable."

En annexe à son rapport, la médecin traitant a joint le rapport d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) et scanner du pied droit effectués le 15 novembre 2019 au Service de radiologie des B. _____ (B. _____) qui se termine comme suit :

"Conclusion

Arthrose talo-calcanéenne notamment dans la partie moyenne de l'articulation où il y a un œdème de l'os sous-chondral et un engrenement articulaire.
Pas de signal de tendinopathie ni lésion ligamentaire visibles.”

La Dre I. _____ a également joint un rapport de radiographies de la cheville droite (face/profil), axiale de calcanéum et du pied droit oblique effectuées le 22 octobre 2019 au S. _____ SA, lesquelles ont mis en évidence un remodelage post-traumatique de la partie antéro-supérieure du calcanéus avec remaniement dégénératif de la sous-talienne postérieure de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, ainsi qu'une excroissance osseuse au bord externe du calcanéus.

Le 8 décembre 2020, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a indiqué qu'aucun élément nouveau, ni d'aggravation n'était constatés objectivement par les médecins, avec la proposition de ne pas entrer en matière (« compte-rendu de la permanence SMR » établi par la Dre D. _____).

Le 8 décembre 2020, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. Ses constatations étaient les suivantes :

“En date du 23 août 2004 et du 30 octobre 2015, votre demande de prestations a été rejetée.

Dans le cadre de cette nouvelle demande, vous devez rendre plausible par des documents adéquats que votre situation se soit notablement modifiée. L'examen du dossier n'a montré aucun changement. En effet, les rapports de vos médecins reçus en novembre dernier ne montrent aucune péjoration objective ou d'élément nouveau au niveau clinique.

Nous ne pouvons donc pas entrer en matière sur votre nouvelle demande.”

Le 12 décembre 2020, l'assuré a contesté ce projet. Il s'étonnait de ne pas avoir droit à des prestations de l'assurance-invalidité, soutenant que sa santé s'était « notablement détériorée » depuis ses demandes précédentes. Il indiquait souffrir de douleurs importantes à l'endroit de l'ancienne fracture, avec une gêne fonctionnelle majeure qui

l'empêchait de vivre normalement en raison des douleurs chroniques. Il mentionnait également le développement d'une importante arthrose et sclérose de l'os, selon les IRM, ajoutant souffrir d'un diabète de type II, d'une hypertension artérielle ainsi que d'une hépatite B chronique entraînant des nausées et des vomissements. Le 26 janvier 2021, l'OAI a reçu des rapports de radiographies de la cheville et du pied droits d'octobre 2019 ainsi que d'IRM et scanner du pied droit de novembre 2019 figurant déjà au dossier.

Par décision du 25 février 2021, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 3 novembre 2020.

C. Par acte du 29 mars 2021, K._____, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en prenant les conclusions suivantes :

- I.- Le recours est recevable et il est admis.
- II.- La décision de refus d'entrer en matière prise par l'Office AI le 25 février 2021 est annulée.
- III.- Le dossier est renvoyé à l'Office AI aux fins qu'il ordonne une expertise portant sur les incapacités physiques dont souffre le recourant.
- IV.- En tout état de cause, le taux d'invalidité du recourant est supérieur à 50%.
- V.- L'assistance judiciaire est accordée au recourant.
- VI.- Les frais et dépens sont mis à la charge de l'Office AI."

En substance, le recourant a allégué que son état de santé s'est aggravé et que la décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité n'est pas justifiée. Les arguments développés par le recourant à l'appui de son acte seront repris dans les considérants en droit du présent arrêt. A titre de mesure d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire « afin de déterminer sa capacité de gain ».

Dans sa réponse du 3 mai 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Le 30 juin 2021, le recourant a informé renoncer au dépôt d'une réplique.

D. Par décision du 6 avril 2021, K._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 mars précédant. Il était exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Paul-Arthur Treyvaud lui a été désigné.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 3 novembre 2020.

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). Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

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. Le recourant fait valoir que les documents produits dans le cadre de sa nouvelle demande attestent d'une péjoration de son état de santé et d'une modification du degré d'invalidité. Il prétend par ailleurs ne pas disposer des « capacités physiques et psychiques » pour réintégrer le monde professionnel. Se référant à son courrier du 12 décembre 2020 adressé à l'OAI, il répète ne pas pouvoir vivre « normalement » en raison d'importantes douleurs à l'endroit de l'ancienne fracture, avec une « gêne fonctionnelle majeure » ; se déplaçant avec des cannes, il ne peut pas poser au sol l'extrémité du pied droit, ce qui l'empêche de trouver une occupation adaptée à son handicap. Enfin, il ajoute souffrir de diabète de type II, d'une hypertension artérielle et d'une hépatite B qui entraîne des nausées et des vomissements. Ces éléments justifient à ses yeux, la reprise de l'instruction du dossier comprenant la mise en œuvre d'une expertise médicale « aux fins de déterminer sa capacité de gain résiduelle ».

5. a) En l'occurrence, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 3 novembre 2020. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations du 30 octobre 2015, et la décision litigieuse du 25 février 2021, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 25 février 2021 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 30 octobre 2015, confirmée par arrêt de la Cour de céans.

b) Par arrêt du 5 août 2016 entré en force, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) a rejeté le recours déposé le 1^{er} décembre 2015 par l'assuré et a confirmé la décision de refus de droit à une rente d'invalidité rendue le 30 octobre 2015 par l'OAI

(CASSO AI 311/15 - 201/2016). Sous l'angle psychiatrique, une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise a été mise en œuvre aux fins de départager les avis médicaux divergents au dossier ; le rapport d'expertise du 19 mai 2014 du DrB. _____ a conduit à retenir, en sus des atteintes somatiques, la pathologie de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques considérée sans influence sur la capacité de travail. Sur le plan somatique, aucune péjoration de l'atteinte à la santé avec répercussion sur la capacité de travail n'a été mise en évidence depuis 2002 (cf. CASSO AI 311/15 - 201/2016 du 5 août 2016, consid. 5). En effet, par un arrêt de renvoi pour complément d'instruction sur le plan psychiatrique du 4 octobre 2013, la Cour de céans a notamment retenu ce qui suit (cf. CASSO AI 291/12 - 256/2013 du 4 octobre 2013, consid. 5b/aa) :

“aa) Sur le plan somatique, on constate que le recourant présente des douleurs à l'endroit de l'ancienne fracture calcanéenne et des douleurs lombaires. Ces atteintes ne sauraient cependant être retenues comme des pathologies nouvelles invalidantes; en effet, elles sont attestées depuis 2002 et n'empêchent pas l'exercice d'une activité adaptée, à plein temps. Cette appréciation émanait notamment des rapports du Dr N. _____, J. _____ et G. _____, à l'origine de la décision du 27 février 2008. L'avis du médecin traitant n'infirmes au demeurant pas cette appréciation. En effet, dans ses rapports des 24 mars et 12 avril 2011, la Dresse I. _____ mentionne, sur le plan physique, la fracture comminutive intra-articulaire du calcanéum droit, avec une gêne fonctionnelle nécessitant l'utilisation de cannes, et les dorsolombalgies. Elle conclut, dans son rapport du 26 juillet 2011, que le recourant n'est plus apte à exercer des métiers physiques.

Il appert ainsi, comme l'a relevé le SMR dans l'avis du 31 octobre 2012, qu'aucune péjoration de l'atteinte à la santé somatique avec répercussion sur la capacité de travail n'a été mise en évidence depuis 2002; les plaintes douloureuses, particulièrement au niveau de la cheville droite et du rachis, ainsi que l'utilisation de moyen auxiliaire sous forme de cannes anglaises étaient connus. Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter, sur ce point, des conclusions du SMR quant à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité légère respectant les limitations fonctionnelles reconnues.”

c) A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit un rapport du 24 novembre 2020 de la Dre I. _____, avec en annexe un rapport des B. _____ du 15 novembre 2019 et un rapport du S. _____ SA du 22 octobre 2019, ainsi qu'un certificat médical du 30 novembre 2020 du DrU. _____.

Dans son rapport du 24 novembre 2020, la médecin traitant a posé les diagnostics de status après fracture comminutive intra-articulaire du calcaneum droit en 2001, d'arthrose talo-calcaneenne secondaire, de dorso-lombalgies sur trouble statique, de diabète de type II, d'hypertension artérielle (HTA) et d'hépatite B chronique. Elle indique que l'assuré présente des douleurs importantes à l'endroit de l'ancienne fracture du calcaneum droit et une gêne fonctionnelle majeure, entraînant une boiterie ; il ne se déplace qu'avec des cannes, sur la pointe du pied droit. Selon la Dre I. _____ cela entraîne des douleurs lombaires chroniques avec de fréquentes exacerbations sous forme de blocage. Par ailleurs, sur le plan de la médecine interne, l'intéressé présente un diabète de type II et une hypertension artérielle et souffre d'une hépatite B chronique. Elle décrit ensuite les sept médicaments composant le traitement actuel (Lantus® 12 unité/j. ; Janumet® 50/1000 2x/j. ; Forxigal® 10 ; Teveten Plus® ; Logimax® 10/100 ; Tramadol® ; Dafalgan®). Selon la médecin traitant, l'incapacité de travail de l'assuré est de 100 % depuis 2001 et le pronostic défavorable ; en raison de l'état chronifié, la reprise d'une activité professionnelle n'est pas envisageable chez l'intéressé qui s'exprime mal en français.

Outre les indications sur la composition du traitement actuel, le contenu du rapport du 24 novembre 2020 de la Dre I. _____ est en tous points identique au certificat de cette même médecin du 24 mars 2011 qui est le suivant (cf. pièce 89) :

"CERTIFICAT MEDICAL

Concerne : M. K. _____ - [...] -

1. Diagnostics :

- Status après fracture comminutive intra-articulaire du calcaneum D en 2001.
- Etat anxio-dépressif.
- Dorso-lombalgies sur trouble statique.
- Diabète de type II.
- HTA.
- Hépatite B chronique.

2. M. K. _____ présente des douleurs importantes à l'endroit de l'ancienne fracture du calcaneum droit et une gêne fonctionnelle

majeure, entraînant une boiterie. Il ne se déplace qu'avec des cannes, sur la pointe du pied droit. Cela entraîne des douleurs lombaires chroniques avec de fréquentes exacerbations sous forme de blocage.

Là-dessus se greffe un état anxio-dépressif majeur pour lequel il a été suivi pendant quelques temps par un psychiatre, sans beaucoup d'évolution.

Sur le plan de la médecine interne il présente également un diabète de type II et une HTA et souffre d'une hépatite B chronique.

3. M. K. _____ est à l'incapacité de travail de 100% depuis 2001.

4. Le pronostic est défavorable, l'état s'est chronifié et la reprise d'une activité professionnelle chez ce patient s'exprimant mal en français n'est pas envisageable."

Aussi l'appréciation de la Dre I. _____ dont se prévaut le recourant n'est pas nouvelle. Elle ne comporte aucun diagnostic ou constat médical susceptible de rendre plausible une péjoration de l'état de santé depuis le certificat de mars 2011 qu'elle reprend en totalité. Quant aux deux rapports d'imageries joints, ils se limitent à décrire l'état séquellaire de la cheville et du pied droits post-fracture du calcanéum en 2001 sans toutefois apporter d'éléments, ni de constat médical nouveaux depuis le précédent refus de prestations en octobre 2015. Dans ces conditions, le rapport du 24 novembre 2020 de la Dre I. _____, et ses annexes, ne permet clairement pas de retenir une aggravation de la situation.

De son côté, dans son certificat médical du 30 novembre 2020, sans se prononcer sur la capacité de travail, le Dr U. _____ atteste uniquement d'un traitement (la mésothérapie comprenant six à dix injections par année, avec un soulagement passager), par séances durant environ dix minutes, prodigué depuis 2012 à l'assuré en raison des douleurs périrochantériennes gauches, qualifiées de périarthrite de hanche. Au vu d'un traitement mis en œuvre depuis 2012 et de l'absence d'aggravation de la situation mentionnée par le rhumatologue consulté, le certificat médical du Dr U. _____ n'est pas de nature à rendre plausible la péjoration de l'état de santé telle qu'alléguée par le recourant.

d) En tout état de cause, force est de constater que les Drs I. _____ et U. _____, de même que les rapports d'imageries effectuées

en octobre et novembre 2019 joints, ne font mention d'aucun élément objectif nouveau depuis la dernière décision de refus de prestations du 30 octobre 2015. Ce faisant, ils ne rendent pas plausible une péjoration de l'état de santé et ne justifient pas la reprise de l'instruction du dossier par l'intimé. On doit dès lors considérer qu'il n'est pas fait état en l'espèce de renseignements médicaux justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. En refusant la reprise de l'instruction du dossier à l'occasion de la dernière demande de rente et/ou de mesures d'ordre professionnel, la décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable.

e) La requête d'expertise médicale du recourant est irrecevable dès lors qu'au regard de l'objet du litige, l'examen du juge des assurances est en effet d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. (cf. consid. 3c supra).

6. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée 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). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Paul-Arthur Treyvaud peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 1'832 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat 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).

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 LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours déposé le 29 mars 2021 par K. _____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Paul-Arthur Treyvaud, conseil du recourant, est arrêtée à 1'832 fr. (mille huit cent trente-deux francs), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office 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 Paul-Arthur Treyvaud (pour K. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :