

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mai 2023

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Dormond Béguelin et M. Oppikofer, assesseurs
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Michel Dupuis, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. a) F. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant tunisien né en [...], sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse durant le mois de mai [...] pour y rejoindre son épouse. Deux enfants naîtront de cette union en [...] et [...], avant que le divorce ne soit prononcé en date du [...]. L'assuré s'est remarié le [...] et a eu un troisième enfant en [...].

Alors qu'il avait été engagé le 15 novembre 2005 en tant que [...] pour une durée d'un mois, l'assuré a été victime d'une chute le 26 novembre 2005 depuis le quatrième étage de son immeuble. Il a été hospitalisé le jour même au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier N. _____), où ont été diagnostiqués un polytraumatisme avec syndrome partiel de la queue de cheval sur fracture Burst de L3, une fracture costale gauche D8, D9 et D10 avec discrets pneumothorax bilatéraux, ainsi qu'une fracture du bassin - atteintes traitées chirurgicalement les 26 et 30 novembre suivants. Sur le plan psychiatrique, les intervenants du Centre hospitalier N. _____ ont constaté que l'intéressé ne présentait pas d'état dépressif ou d'état psychotique constitué, ni de projet suicidaire, mais que l'on ne pouvait exclure des troubles de la personnalité.

b) Le cas a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents.

Cette dernière refusera ses prestations au motif d'une atteinte à la santé provoquée intentionnellement (cf. décision du 30 avril 2007, confirmée sur opposition le 22 mai 2007), appréciation que suivra le Tribunal fédéral en dernière instance de recours (TF 8C_324/2010 du 16 mars 2011).

c) Dans l'intervalle, le 24 février 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé)

tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un placement ou d'une rente, aux motifs d'une fracture du bassin, d'une fracture de la colonne vertébrale et d'une épaule gauche déplacée.

A la suite du séjour de l'assuré à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique R. _____) du 12 décembre 2005 au 25 avril 2006, un rapport de synthèse a été établi le 9 mai 2006 par le Prof. T. _____ et les Drs O. _____ et L. _____, respectivement spécialistes en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie et médecin assistant au Service de paraplégie de la Clinique R. _____. A titre de diagnostics ces médecins ont retenu une fracture Burst de L3 traitée par fixation postérieure L2-L3 avec corpectomie L3 et mise en place d'une cage le 30 novembre 2005, une paraplégie incomplète stade ASIA D de niveau sensitif L2 des deux côtés et de niveau moteur L2 à gauche, une fracture costale gauche 8, 9, 10 avec pneumothorax minime traité conservativement et une fracture ischio-ilio-pubienne droite avec discrète diastase symphysaire (fracture du bassin de type Tile B stable). Concernant les comorbidités, étaient mentionnés un malaise évoquant une épilepsie partielle complexe avec occasionnellement des généralisations secondaires, des gonalgies droites non spécifiques, des lombalgies non spécifiques, ainsi qu'une anémie ferriprive. Les médecins de la Clinique R. _____ ont également indiqué qu'un consilium psychiatrique avait été réalisé, ne mettant en évidence aucune pathologie mais évoquant plutôt un patient anxieux et réagissant de manière adéquate aux événements. S'agissant de la persistance des plaintes concernant les douleurs au genou droit, les médecins ont retenu l'existence d'un syndrome fémoro-patellaire favorisé par la fonte musculaire, avec une surutilisation du membre inférieur droit, compte tenu d'une meilleure récupération musculaire qu'à gauche. Les spécialistes de la Clinique R. _____ ont observé par ailleurs que la récupération neurologique motrice du membre inférieur droit était complète même s'il persistait un déficit d'endurance, que pour le membre inférieur gauche on notait un déficit global plus marqué au niveau du quadriceps et que la sensibilité était diminuée en L3 à droite et en L3-L4-L5 à gauche. Par conséquent, la paraplégie incomplète avait évolué d'un stade ASIA C à un stade D. Le Prof. T. _____ et les Drs O. _____ et

L._____ ont en outre attesté une incapacité de travail de 100 % dans la profession de [...].

Dans un rapport du 7 septembre 2006 consécutif à une consultation de la veille, le Dr O._____ a retenu que la situation était stable sur le plan neurologique, qu'il n'y avait pas de changement des plaintes au niveau ostéo-articulaire et que les douleurs lombaires semblaient en lien avec une dysbalance musculaire à la marche.

Le 30 octobre suivant, le Dr O._____ a adressé à l'OAI un rapport considérant comme incapacitantes la fracture Burst de L3 et la paraplégie incomplète stade ASIA D. S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, étaient signalées la fracture costale gauche 8, 9 10 avec pneumothorax minime traité conservativement, la fracture du bassin de type Tile B, ainsi que des gonalgies droites non spécifiques. Le Dr O._____ a exposé que l'évolution était bonne sur les plans neurologique et somatique. Il a précisé que l'assuré garderait des douleurs aussi bien rachidiennes qu'au genou droit, qu'il restait dépendant d'une paire de cannes pour ses déplacements et que, à presque une année de l'événement, une amélioration sur le plan neurologique était peu probable. Cela étant, le Dr O._____ a considéré que, sur le plan somatique, l'assuré pouvait de suite être réadapté dans une profession sédentaire, l'exigibilité d'une telle réadaptation restant à vérifier sur le plan psychique. Il a ainsi arrêté la capacité de travail à 100 % dès le 1^{er} novembre 2006 dans une activité sédentaire, pour autant qu'il n'y ait pas d'incapacité sur le plan psychiatrique.

L'assuré a effectué un nouveau séjour à la Clinique R._____ du 14 mars au 5 avril 2007. Aux termes d'un rapport de synthèse du 12 avril 2007, le Prof. T._____, le Dr O._____ et la Dre W._____, médecin assistante au Service de paraplégie de la Clinique R._____, ont exposé avoir mis en évidence plusieurs problèmes. Concernant la paraplégie incomplète stade ASIA D, de niveau sensitivo-moteur L2 à gauche, ils ont plus particulièrement signalé une récupération neurologique avec une normalisation de la sensibilité du membre inférieur

droit et une amélioration de la force musculaire du membre inférieur gauche depuis le précédent séjour du patient ; ils ont précisé que, du point de vue fonctionnel, l'intéressé présentait une autonomie totale pour toutes les activités quotidiennes, qu'elles fussent élémentaires ou plus élaborées. Les médecins de la Clinique R._____ ont par ailleurs mentionné des douleurs lombaires, latéralisées à gauche, intermittentes, augmentant à la marche et à l'effort et diminuant au repos, avec une mobilité modérément limitée au niveau dorsal bas et très fortement diminuée, voire nulle, au niveau lombaire, principalement entre L2 et L4. Ils ont en outre rapporté des gonalgies droites, irradiant sous forme de brûlures crânialement vers la fesse, constantes, augmentées par l'effort, la marche et la station assise prolongée - douleurs auxquelles le bilan extensif pratiqué n'avait pu trouver d'explication. Ils se sont par ailleurs référés à l'appréciation du psychiatre V._____ qui a exclu un trouble dépressif et un trouble anxieux significatif et concluait à un vraisemblable trouble de la personnalité de type dépendant. Sur cette base, les médecins de la Clinique R._____ ont retenu que seules les séquelles neurologiques et orthopédiques justifiaient une incapacité de travail, laquelle était de 100 % dans le domaine du [...], respectivement de 50 % dans une activité adaptée, sans port de charge et permettant une alternance des positions assise et debout.

Sur mandat de l'OAI, l'assuré a fait l'objet d'une expertise psychiatrique réalisée par le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 19 décembre 2008, ce dernier a en résumé conclu à l'absence d'atteinte psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail, évoquant uniquement un status post épisode dépressif. L'expert a plus précisément retenu que l'assuré présentait actuellement une symptomatologie dépressive résiduelle, disparate et non incapacitante, étant précisé qu'un épisode dépressif avait existé dans le passé mais que l'on ne pouvait en déterminer le degré, pas plus que l'on ne pouvait conclure à la présence d'un état incapacitant durable.

Dans un compte-rendu du 17 décembre 2009 à l'OAI, le Dr S._____, médecin praticien traitant depuis le mois de juin 2009, a posé

les diagnostics de « *fractures multiples du bassin côté droit, de L3, et L2 à L4: vis et plaques+ tendinite rotulienne droite + autres troubles neuro-végétatifs et autres* ». Selon ce médecin, l'intéressé présentait des limitations fonctionnelles qui contre-indiquaient le port de charges au-delà de 3 kg et rendaient quasi impossibles les positions penchées en avant du buste. Etaient également signalées une instabilité de la jambe gauche (lâchage du genou gauche), ainsi que des douleurs du bas du dos et des membres inférieurs engendrées par les positions prolongées debout.

Par décision du 26 janvier 2010 confirmant un projet du 17 février 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'intéressé eu égard à un taux d'invalidité de 10 %.

Aux termes d'un compte-rendu du 23 février 2010 adressé à l'OAI, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment observé que l'assuré présentait un syndrome radiculaire déficitaire L4-L5 droit induisant une amyotrophie majeure au niveau du membre inférieur droit. Se référant à une claudication neurogène permanente induisant la création d'un canal lombaire étroit post-opératoire, le Dr E._____ a plus particulièrement préconisé une évaluation neurochirurgicale. Il a ajouté qu'à son avis, l'intéressé était capable, vu son âge et sa détermination, d'effectuer son travail de [...] à 50 % à condition que ce taux soit reporté sur les heures de travail journalières.

d) Le 26 février 2010, F._____ a déféré l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans ce contexte, le prénommé a notamment produit une attestation du Dr E._____ du 23 février 2010 identique à celle adressée à la même date à l'OAI, exception faite de la capacité travail qui était évaluée à 50 % dans une activité adaptée. Il a également transmis un rapport établi par le Dr O._____ le 12 janvier 2011, consécutivement à un examen pratiqué la veille. Ce médecin y exposait que les problèmes principaux restaient les mêmes - à savoir des douleurs rachidiennes, des douleurs aux membres inférieurs et des lâchages du membre inférieur gauche - et que s'y ajoutaient des

difficultés pour initier une miction, qui n'étaient pas présentes en 2007. Quant à l'examen neurologique, il n'était pas tout à fait superposable au précédent puisqu'évoquant une problématique au niveau D12 à gauche. Cela étant, le Dr O._____ préconisait un nouveau séjour à la Clinique R._____.

Statuant le 27 avril 2012 (AI 80/10 - 319/2012), la Cour des assurances sociales a admis le recours de l'assuré, annulé la décision de l'OAI du 26 janvier 2010 et renvoyé la cause à cet office pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. D'une part, la juridiction cantonale a reconnu pleine valeur probante à l'expertise du Dr H._____ et, partant, a retenu que l'assuré ne présentait pas de troubles psychiques incapacitants (consid. 5a). D'autre part, le tribunal a estimé que les avis médicaux au dossier ne permettaient pas de statuer en connaissance de cause sur la nature précise des troubles somatiques et leur impact éventuel sur la capacité de travail de l'assuré (consid. 5b). Cela étant, il y avait donc lieu de renvoyer l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire comportant en particulier des volets neurologique et orthopédique (consid. 6b).

B. Dans l'intervalle, soit du 27 décembre 2011 au 18 janvier 2012, l'intéressé a effectué un nouveau séjour à la Clinique R._____, à l'issue duquel un rapport de synthèse a été établi le 27 janvier 2012 par le Dr O._____ et la Dre Z._____, médecin assistante auprès de ladite clinique aux termes duquel ils ont retenu une incapacité de travail totale pendant la durée de l'hospitalisation. Il en résultait notamment que le patient se plaignait du point de vue ostéo-articulaire de lombalgies permanentes, qu'il était gêné par des gonalgies droites avec irradiation distale et proximale déjà investiguée lors du séjour de 2007 et qu'il avait signalé à plusieurs reprises l'accentuation de lombalgies avec un examen clinique et neurologique inchangé et soulagement après le repos.

C. **a)** Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire (axée sur les plans neurologique, de médecine interne et orthopédique) dont le mandat a été confié à la

Clinique EE._____. Ont plus particulièrement été désignés experts la Dre B._____, spécialiste en neurologie, et le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lesquels ont examiné l'assuré respectivement les 2 et 22 avril 2013. Le 23 septembre 2013, un nouvel examen a eu lieu avec le Dr D._____, neurologue.

Outre le dossier soumis par l'OAI, les experts se sont vu communiquer diverses pièces médicales dont une attestation émise le 4 novembre 2009 par le Dr S._____ au contenu identique à celle du 17 décembre 2009 et un compte-rendu du 29 août 2012 de ce praticien à la Polyclinique de [...] exposant la situation du patient. Dans un compte-rendu établi le 3 juin 2013, le neurochirurgien FF._____ exposait en outre que l'intéressé était surtout gêné par des lombosciatalgies droites chroniques, que la fusion de L3 à L5 était bonne et qu'une IRM montrait par ailleurs un pseudokyste arachnoïdien L2-L4 avec une très probable lésion de la queue de cheval à ce niveau et une brèche de la dure-mère, atteinte séquellaire non accessible à un traitement étiologique (décompression, fusion, etc.) de sorte que l'introduction de Trileptal était proposée voire, en cas d'échec, un stimulateur médullaire dorsal.

Dans leur rapport du 4 octobre 2013, les experts K._____, B._____ et D._____ ont posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de fracture de type Burst de L3, en phase de séquelles à type de raideur, et de paraplégie incomplète stade ASIA D, en phase stabilisée. Ils ont en outre retenu les diagnostics suivants sans incidence sur la capacité de travail, en phase de status post : fractures costales gauches D8, D9 et D10, fracture du bassin Tile B, légère diastase des apophyses articulaires C1-C2 avec odontoïde excentré, pneumothorax minime avec discrète contusion pulmonaire à droite et anémie ferriprive sur gastrite chronique. Les experts ont de surcroît écarté les diagnostics de syndrome fémoro-patellaire, de lombalgies non spécifiques, d'épilepsie et de syndrome radiculaire. S'agissant de la capacité de travail, ils ont retenu une incapacité totale de travail dans toute activité du 26 novembre 2005 au 27 novembre 2007. Dès cette date, ils ont retenu une pleine

capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques (alternance des positions assis/debout, éviter la marche prolongée, port de charges répété de plus de 5 kg, déplacements en hauteur, conduite d'un véhicule professionnel). Les experts ont également exposé que l'assuré avait particulièrement bien récupéré de sa chute, l'atteinte étant finalement modérée par rapport à ce qu'elle aurait pu être et que, sur le plan purement objectivable, il existait des limitations en rapport avec des atteintes stabilisées.

Par avis du 5 novembre 2013, le Dr Q._____, du Service médical régional (ci-après : SMR) s'est rallié aux conclusions des experts, observant que celles-ci rejoignaient très exactement l'appréciation émise par ledit service en janvier 2009 à l'exception de la date d'aptitude à la réadaptation.

En date du 30 juin 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision portant sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2006 au 28 février 2008. S'il a reconnu que la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans toute activité à la fin du délai d'attente, l'OAI a considéré que la situation s'était ensuite stabilisée dès la fin du mois de novembre 2007 et que, depuis lors, l'assuré disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

Par acte de son conseil du 8 septembre 2014, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. A son écrit, il a notamment joint une attestation du Dr S._____, du 22 juillet 2014, signalant des troubles de santé liés à l'événement du 26 novembre 2005 (« *fractures multiples du bassin côté droit, de L3, et L2 à L4: vis et plaques+ tendinite rotulienne droite + autres troubles neuro-végétatifs et autres* »), faisant état d'une incapacité totale de travail depuis l'accident et précisant que le patient était sous traitement et investigations multiples par différentes équipes médicales.

Par envoi du 12 février 2015, l'assuré a produit un rapport établi le 30 janvier 2015 par le Dr S._____, exposant que le patient présentait des séquelles de la chute subie le 26 novembre 2005 (« *fractures multiples du bassin côté droit, de L3, et L2 à L4: vis et plaques+ tendinite rotulienne droite+ autres troubles neuro-végétatifs sphinctériens vésicaux et coloniques et autres* »), que ses douleurs s'aggravaient au fil des mois, à l'instar de son moral et de son état psychologique, et que divers traitements (« *antidépresseurs, antidouleurs, anxiolytiques et autres* ») avaient été administrés sans résultat.

Par décision du 13 mai 2015, l'office a confirmé son projet de décision du 30 juin 2014.

b) Agissant par l'entremise de son conseil, F._____ a recouru le 15 juin 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à la réforme de cette décision et à l'allocation d'une rente entière d'invalidité depuis le 26 novembre 2006, subsidiairement à l'octroi de mesures de reclassement professionnel sur la base d'une nouvelle expertise indépendante et au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction avec mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire, étant réservé le droit pour l'intéressé de se déterminer sur les résultats de cette expertise. A l'appui de son recours, l'assuré a produit un onglet de pièces comportant notamment un rapport établi le 17 novembre 2014 par le Dr G._____, spécialiste en anesthésiologie au Centre de la Douleur [...], se référant à une prise en charge des douleurs neurogènes et de la composante psychogène initiée en février 2014 et précisant que l'intéressé paraissait bien amélioré sur le plan psychique à l'examen effectué le même jour.

Aux termes de sa réplique du 12 octobre 2015, le recourant a également transmis les pièces suivantes :

- un compte-rendu établi le 22 juin 2015 par le Dr M._____, médecin associé au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier

N._____, qui expose que la récupération du patient est spectaculaire avec une nette amélioration de l'état neurologique – décrit comme n'étant toutefois pas complètement normal, le patient se plaignant de séquelles d'un accident intervenu dix ans plus tôt – et qui considère que le résultat est tout à fait acceptable du point de vue de la neurochirurgie ;

- une attestation établie conjointement par les Drs S._____ et E._____ le 7 septembre 2015, évoquant la remise « *tout bientôt* » d'un rapport du Centre hospitalier N._____ en lien avec de nouvelles investigations, compte tenu des différentes pathologies musculo-squelettiques et uro-digestives de l'assuré, associées à une atteinte paraplégique avec de sérieuses conséquences sur l'état général et le psychisme.

Statuant sur recours de l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté par arrêt du 14 décembre 2016 (AI 171/15 - 335/2016). Elle a considéré que le rapport d'expertise de la Clinique EE._____ avait toute valeur probante sur le plan somatique. Sur le plan psychique, elle a rappelé que dans son arrêt du 27 avril 2012, elle avait retenu que l'assuré ne présentait aucun trouble psychiatrique influant sur sa capacité de travail.

Par arrêt du 4 mai 2017, le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assuré (TF 9C_111/2017).

D. **a)** Par courrier du 15 novembre 2017, l'OAI a invité l'assuré à déposer une demande de prestations au moyen du formulaire AI après que le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ait annoncé une aggravation de l'état de santé de l'intéressé. Selon un rapport indexé le 14 novembre 2017, le Dr P._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail depuis 2005 de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de trouble de la personnalité sans précision (F60.9), de dislocation de la famille par séparation et divorce (Z63.5), de difficultés liées au logement et aux conditions économiques (Z59), de soins impliquant d'autres moyens

de rééducation (Z50.8), de difficultés liées à d'autres situations juridiques (Z65.3), de conflit relatif au rôle social, non classé ailleurs (Z73.5) et autre période d'attente pour investigation et traitement (Z75.2) et d'hémiplégie. Le Dr P._____ a relevé des plaintes spontanées de douleurs au niveau du dos, du bassin, de la hanche, de la cuisse et du mollet droit.

Le 10 janvier 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, indiquant que l'atteinte à la santé dont il souffrait (hémiplégie, douleurs chroniques, anxiété, dépression) durait depuis le 26 novembre 2005.

Dans un avis du 24 janvier 2018, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie et médecin auprès du SMR, a considéré que les arguments d'ordre psychique apportés par le Dr P._____ n'étaient pas suffisamment fondés pour justifier une entrée en matière sur la demande de l'assuré.

Par décision du 27 avril 2018 confirmant un projet du 26 janvier 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations. Il a considéré qu'il n'avait pas été en mesure de constater de modifications notables dans la situation professionnelle ou médicale de l'assuré.

b) Agissant par l'entremise de son conseil d'alors, F._____ a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 28 mai 2018. Il a conclu principalement à sa réforme, une expertise judiciaire étant ordonnée pour déterminer le taux d'invalidité et, cas échéant, à l'octroi d'une rente fixée à dire de justice. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction.

Statuant sur recours de l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté par arrêt du 28 mai 2020 (AI 168/18 - 180/2020). Elle a considéré que le rapport du Dr P._____ de novembre 2017, qui avait notamment posé les diagnostics de trouble

anxieux et dépressif mixte, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble de la personnalité sans précision, ne justifiait pas la reprise de l'instruction car il ne rendait pas plausible une modification dans la situation du recourant. A cet égard, elle a relevé qu'aucun changement n'avait été allégué sur le plan somatique. Sur le plan psychique, elle a observé que les diagnostics posés et classés « Z » dans la CIM-10 n'étaient pas du ressort de l'AI et que les constatations faites par le Dr P._____ étaient sommaires et rejoignaient celles faites précédemment par d'autres médecins.

E. Le 6 août 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en indiquant une aggravation de son état de santé depuis 2015 avec une augmentation des douleurs au dos et à la jambe droite, ainsi qu'une importante perte de mobilité.

Par courrier du 14 août 2020, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il lui appartenait de rendre plausible l'aggravation de son état de santé, dans un délai de trente jours, par la production de rapports médicaux détaillés ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Dans un rapport du 17 août 2020 adressé à l'OAI, le Dr X._____, médecin praticien, a exposé que l'état de santé de l'assuré se dégradait depuis quelques temps avec notamment des rachialgies chroniques et des lombo-sciatalgies droite en exacerbation.

Dans un second rapport du 17 août 2020 toujours adressé à l'OAI, le Dr X._____ a écrit ce qui suit (sic) :

« Je me permets de revenir vers vous concernant Monsieur F._____, 37 ans, connu pour une paresie du MIG suite d'une chute du 4ème étage en 2005 avec fracture L3 et stabilisation par spondylodèse L2-L4. Il souffre également d'une lombosciatalgie droite chronique en aggravation suite sa fracture L3 et des troubles anxio-dépressifs réactionnels, père de 3 enfants, 2 enfants de son ex mariage de 2004 et 1 enfant de 9 mois suite à son 2ème mariage en 2016.

Il a besoin d'aide pour s'habiller et de se laver et il ne peut pas marcher de longue distances. Pour marcher il est obligé d'utiliser des cannes anglaises et une demande pour un scooter électrique est en cours pour amélioration de sa vie quotidienne.

Actuellement il est sous traitement opiacé par du Targin 10mg/5mg 2x/jour et Oxynorme 5mg 3-4x/jour en reserve, traitement qui influence aussi sa qualité de vie.

La situation clinique reste inchangeable et il n'aura pas d'amélioration clinique dans le temps.

Nous pensons que son handicap devrait être pris en charge par votre assurance. »

Dans un rapport à l'OAI du 3 septembre 2020, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que :

« J'ai examiné M. F. _____ en date du 22 juillet ainsi qu'en date du 2 septembre 2020.

Diagnostic :

- Aggravation de sa lombosciatalgie D sur un status post fracture Burst L3 traitée par spondylodèse L2 à L4 avec un syndrome partielle de la queue de cheval.
- fracture costale G D8-D9 et D10, fracture ischio-pubienne D (suite à une chute du 4^e étage en novembre 2005).
- Parésie du MIG connue depuis 12 ans suite à la fracture L3.
- Troubles anxio-dépressifs.
- Vertiges
- Insomnies

Monsieur F. _____, patient âgé de 37 ans a été victime d'une chute du 4^e étage en novembre 2005, occasionnant une fracture L3, fracture du bassin et une fracture costale. Le patient a été pris en charge au Centre hospitalier N. _____ avec une stabilisation par spondylodèse L2-L4 et le patient a gardé une parésie du MIG avec des douleurs chroniques. Le patient actuellement est dépendant de sa femme, car elle doit l'aider pour s'habiller, se laver, il présente des douleurs à la position assise prolongée, ne peut pas marcher de longues distances, son syndrome douloureux chronique est résistant actuellement aux traitements antalgiques, à savoir qu'il prend de l'Oxynorm, du Targin et du Lyrica ainsi qu'un myorelaxant. Il est parent de 3 enfants, 2 enfants de son ex mariage de 2004 et 1 enfant de 9 mois suite à son 2^e mariage en 2016.

Son incapacité de travail actuellement est à 100 %, car il ne peut pas travailler dans une position assise prolongée, ne peut pas pratiquer de longues distances de marche et n'a pas de qualifications spécifiques.

Le pronostic va rester le même, à savoir des douleurs chroniques ainsi que cette parésie du M.I car elle va persister dans le temps.

Pour toutes ces raisons, nous pensons que son handicap devrait être pris en charge par votre assurance. »

Par projet de décision du 14 octobre 2020, l'OAI a refusé d'allouer une allocation pour impotent à l'assuré qui avait déposé une demande dans ce sens le 18 février 2020. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, le recourant a produit un rapport du Dr P. _____ du 26

novembre 2020 attestant que pour des raisons médicales, à savoir l'hémiplégie gauche, un état douloureux chronique ainsi que des difficultés psychiques émanant du handicap, le recourant nécessitait une présence et une assistance pour les soins personnels, d'hygiène, pour s'habiller, pour la préparation des repas ainsi que son accompagnement pour les déplacements de longue durée.

Par projet de décision du 20 octobre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'entendait pas entrer en matière sur la demande de prestations du 6 août 2020 au motif que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement, les rapports médicaux reçus n'ayant objectivé aucune aggravation.

L'assuré a fait part de ses objections par courriers des 1^{er} et 23 mars 2021 et a produit une expertise médicale privée du Dr R._____, spécialiste en neurologie, du 22 mars 2021 dont il ressort notamment ce qui suit :

« 6. DIAGNOSTICS

Il s'agit d'un status après chute du quatrième étage le 26.11.2005 entraînant un polytraumatisme. Les séquelles sont essentiellement neurologiques, avec un tableau compatible avec un syndrome de la queue de cheval séquentaire : aréflexie tendineuse aux membres inférieurs, signe de dénervation sur le plan électrophysiologique au membre inférieur droit.

7. EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE

7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assurée, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Monsieur F._____ est un homme âgé de 38 ans, originaire de Tunisie, sans formation professionnelle, marié, père de trois enfants, dont deux d'un premier mariage. Il est venu en Suisse en 2008 et a travaillé comme [...]. Jusqu'au jour de l'événement du 26.11.2005, il jouit d'une très bonne santé habituelle. Ce jour-là il est victime d'une chute de 4 étages, entraînant un polytraumatisme. Au premier plan, il existe une fracture BURST de L3, avec recul du mur postérieur, entraînant un syndrome de la queue de cheval aiguë. Il est constaté également des fractures de côtes un pneumothorax avec contusion pulmonaire, comorbidités qui vont évaluer tout à fait favorablement. L'origine de la chute est restée peu claire. Une épilepsie a été évoquée finalement exclue. L'expertisé nous a dit qu'il était assis sur le rebord de la fenêtre de la cuisine, au moment où il a chuté.

L'assuré a été traité par spondylodèse L2-L4, corpectomie L3, et mise en place d'une cage. Plusieurs séjours de neuroréhabilitation ont été effectués.

A l'heure actuelle, il déplore au premier plan d'importantes douleurs du membre inférieur droit, constantes, sans nette modulation mécanique, de localisation postérieure, compatible avec des douleurs neuropathiques dont la topographie pourrait être S1.

Il rapporte également des plaintes à caractère psychique, une sensation de découragement et un isolement social. Il est dépendant de son épouse pour les activités quotidiennes, et semble passer ses journées de manière totalement passive et oisive. Une expertise bi-disciplinaire a été effectuée à la clinique EE. _____ en octobre 2013, avec volet de neurologie et de chirurgie orthopédique. Sur la base des éléments objectifs, les experts ont retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 27.11.2007 soit une activité plutôt sédentaire, avec port de charge légère. Les experts retenaient également une majoration et mentionnaient un pronostic défavorable qu'ils attribuaient plutôt à des facteurs non médicaux.

Les plaintes sont compatibles avec des douleurs neuropathiques dans le cadre d'un syndrome de queue de cheval séquellaire, comme mentionné ci-dessus.

Objectivement, nous avons été face à un homme relativement collaborant, mais plaintif, à la thymie vraisemblablement abaissée. L'approche clinique est parasitée par un comportement douloureux avec de nombreux signes de surcharge. Nos constatations rejoignent donc celles des experts de la clinique EE. _____.

7.2 Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Malgré une prise en charge basée sur de nombreux médicaments antalgiques en particulier opiacés, et médication plus spécifique de la douleur neuropathique de type prégabaline, l'évolution n'est pas favorable. L'assuré fait également de la physiothérapie et il a bénéficié de plusieurs séjours de réhabilitation en milieu stationnaire. Force est donc de constater que toutes les mesures ont échoué et à ce stade, nous n'avons guère de proposition thérapeutique à formuler.

7.3 Evaluation de la cohérence et de la plausibilité

Les douleurs déplorées au membre inférieur droit, constantes, à caractère de brûlures sont plausibles et compatibles avec une douleur neuropathie dans le cadre d'un syndrome de la queue de cheval séquellaire, bien objectivé cliniquement et sur le plan électrophysiologique. Rappelons une aréflexie tendineuse aux membres inférieurs, une atrophie de l'arche plantaire à droite, des signes neurogènes dans les territoires L3 à S1 du côté droit.

A cela s'ajoutent des anomalies à caractère non organique, dans le cadre d'une vraisemblable majoration pour raisons psychologiques. Des troubles moteurs du membre inférieur gauche ne sont pas cohérents en l'absence d'hypomyotrophie. La force est fournie de manière inconstante, avec des lâchages. Lorsque l'assuré est observé en déambulant de manière spontanée, il déroule bien le pied, ce qui exclut une importante atteinte de la musculature jambière. Il a toutefois tendance à verrouiller le genou gauche et une parésie proximale n'est donc pas exclue. Les troubles sensitifs sont très étendus, et ne sont pas systématisés. Enfin, d'un point de vue électrophysiologique, il n'y a guère d'anomalie au membre inférieur gauche à l'exception des anomalies traduisant un effort insuffisant.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Sur la base des éléments uniquement objectivables, nous pourrions rejoindre les conclusions des experts de la clinique EE. _____, en

argumentant que Monsieur est capable de travailler dans une activité légère et sédentaire. Toutefois, nous nous distançons des conclusions des experts pour les raisons suivantes :

- Les répercussions du syndrome douloureux neuropathique au membre inférieur droit plausibles sur la base des éléments objectifs n'ont pas été prises en compte.
- Il s'agit d'une expertise essentiellement somatique, qui n'a pas considéré la problématique psychiatrique associée. Manifestement l'assuré présente une atteinte psychiatrique, raison pour laquelle il est par ailleurs suivi et au bénéfice d'un traitement antidépresseur. Objectivement, il nous a paru déprimé. Dès lors, la majoration des symptômes, que nous avons également constatée, pourrait être l'expression de l'atteinte psychique associée.
- A cela, il convient d'ajouter le peu de ressources dont dispose votre client. Selon ses dires, il s'est vraisemblablement isolé socialement, et adopte à l'heure actuelle un comportement régressif qui ne lui permet même plus d'assumer les gestes de la vie quotidienne.
- Il convient également de souligner le changement de jurisprudence dans l'intervalle et que la capacité de travail de cet assuré ne peut pas être basée exclusivement sur les éléments somatiques de chirurgie orthopédique et neurologique, mais qu'il convient également de considérer la situation psychique, des ressources dont il dispose, même si une majoration est constatée.

8. REPONSES AUX QUESTIONS DU MANDANT

Des éléments objectifs sont incontestables, séquellaires de l'accident du 26.11.2005 avec des signes en faveur d'un syndrome de la queue de cheval séquellaire. A cela s'ajoute une majoration de symptômes vraisemblablement pour des raisons psychiques.

Même si sur le plan purement objectif, on pourrait envisager une reprise du travail dans une activité adaptée, le pronostic défavorable énoncé par les experts de la EE. _____ s'est confirmé, mais pas seulement en raison d'éléments non médicaux. Une évaluation psychiatrique expertale nous semble formellement indiquée et dans une situation complexe comme celle-là qui associe des éléments somatiques et psychiques, y compris la majoration, la capacité de travail ne peut être mieux appréciée que dans le cadre d'une expertise multidisciplinaire.

En attendant, je pense que la capacité entière, telle qu'elle est décrite par les médecins traitants de votre client se justifie. »

Par avis SMR du 24 mars 2021, le Dr BB. _____ a indiqué qu'aucun éléments médicaux objectifs nouveaux rendant plausible une modification de l'état de santé de l'assuré n'avaient été apportés.

Par avis SMR du 25 mars 2021 se référant aux conclusions du Dr R. _____, le Dr BB. _____ a conclu que d'un point de vue neurologique, la situation était décrite objectivement comme identique et que d'un point de vue psychiatrique, aucun éléments nouveaux n'avaient été apportés par rapport aux deux précédentes demandes où le versant

psychiatrique avait déjà été analysé, pris en compte et confirmé par les instances judiciaires à deux reprises.

Par courrier du 12 avril 2021, l'OAI a remis à l'assuré une décision datée du 30 novembre 2020 dans laquelle elle refusait d'entrer en matière sur la demande de prestations en considérant qu'il n'y avait pas d'aggravation objectivée selon les rapports médicaux reçus.

F. Par acte du 12 mai 2021, F._____, représenté par son mandataire, a recouru contre la décision du 12 avril 2021 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il est entré en matière sur sa demande de rente et qu'il est constaté qu'il a droit à une rente d'invalidité et subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recourant a également sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire et la tenue d'une audience et l'audition des Drs R._____ et P._____. Il a fait valoir que sa situation s'était aggravée en ce sens que ses atteintes neurologiques rendaient ses déplacements et tous ses gestes quotidiens de plus en plus pénibles, sa mobilité ne cessant de se péjorer. Il a expliqué qu'il souffrait de douleurs chroniques en raison de ses atteintes neurologiques et que celles-ci n'avaient pas été prises en compte par l'expertise de la Clinique EE._____ du 9 octobre 2013. A cet égard, il a relevé que l'avis médical du SMR du 25 mars 2021 était lacunaire du moment qu'il ne traitait pas des neuropathies mises en avant par le Dr R._____. Selon lui, l'intimé aurait dû prendre en compte ses douleurs chroniques et les examiner au vu de ses ressources, la jurisprudence ayant évolué sur cette question. Enfin, il a indiqué souffrir sur le plan psychiatrique ce qui influençait sa capacité de travail.

En date du 17 mai 2021, la juge instructrice a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 14 mai 2021, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'un avocat d'office en la personne de Me Séverine Berger.

Par courrier du 18 mai 2021, le recourant a produit un rapport du 12 mai 2021 du Dr P. _____ attestant une péjoration importante de son état de santé psychique et une incapacité de travail à 100 % pour toute activité professionnelle.

Dans sa réponse du 10 juin 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée en se fondant sur les avis SMR des 24 et 25 mars 2021.

Par courrier du 25 novembre 2021, le recourant a produit les documents suivants :

- un courrier du 30 août 2021 du Dr X. _____ confirmant qu'une demande d'avis en neurochirurgie avait été demandée ;

- un rapport du 25 octobre 2021 du Dr CC. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lequel la seule option envisageable, autre que la réintroduction de séances de physiothérapie, serait la possibilité de mettre en place un stimulateur médullaire.

Par courrier du 10 février 2022, le recourant a produit deux courriers du Dr X. _____ des 20 et 28 décembre 2021 attestant qu'il avait besoin d'un rollator pour se déplacer chez lui et d'une chaise roulante pour l'extérieur.

En date du 31 octobre 2022, la juge instructrice a relevé Me Berger de sa mission de conseil d'office avec effet au 23 septembre 2022, a fixé son indemnité et a désigné Me Michel Dupuis comme conseil d'office du recourant.

Par réplique du 16 novembre 2022, le recourant a confirmé ses conclusions et requis la production du dossier complet de l'intimé et du dossier de la Clinique R. _____ ainsi que la tenue d'une audience pour entendre les Drs R. _____, P. _____ et HH. _____, spécialiste en

médecine physique et réadaptation. Il a également sollicité la mise en œuvre d'une expertise. A l'appui de sa réplique, le recourant a produit les deux rapports suivants :

- un rapport du 5 octobre 2022 de la Dre DD._____, spécialiste en urologie, retenant comme diagnostics une paraplégie D11 AIS D dans les suites d'une chute le 26 novembre 2005 avec fracture Burst de L3 traitée par fixation postérieure L2-L3 avec corporectomie L3 et mise en place d'une cage le 30 novembre 2005, fracture ilio-ischio-pubienne droite avec discrète diastase symphysaire, fractures costales gauche 8, 9 et 10 avec pneumothorax minime traitée conservativement, troubles neurogènes de la fonction vésicale et sexuelle, vessie légèrement hyposensitive, normocompliante, normocapacitive sans signe de reflux vésico-urétéral, lombalgies non spécifiques et troubles anxio-dépressifs réactionnels non datés. Selon ce rapport, une urétroscopie souple, effectuée le 4 octobre 2022, a permis d'exclure la présence d'une sténose urétrale pénienne et post bulbaire ;

- un rapport du 3 novembre 2022 de la Dre HH._____ selon lequel le patient est relativement stable sur le plan clinique sans modification ou amélioration et qu'il faudrait qu'il puisse bénéficier d'une évaluation pour une réadaptation par l'AI avec un poste adapté à temps partiel, tout en prenant compte de sa kinésiophobie assez importante.

Par écriture du 1^{er} décembre 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours et a confirmé que les éléments à sa disposition lors de la décision du 12 avril 2021 ne permettraient pas d'entrer en matière sur la demande d'août 2020 selon l'analyse de la situation effectuée par le SMR en date du 25 mars 2021. Il a précisé qu'au vu des nouvelles pièces médicales amenées par le recourant, celui-ci était invité à déposer une nouvelle demande qui fera l'objet d'une instruction au fond.

Par courrier du 12 décembre 2022, le recourant a, par souci d'économie de procédure, proposé de nommer un expert pour lui

soumettre directement l'ensemble du dossier plutôt que d'engager une nouvelle procédure en première instance.

Par courrier du 16 mars 2023, le mandataire du recourant a transmis sa liste d'opérations à la Cour de céans.

E n d r o i t :

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

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

2. a) Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant le 6 août 2020, singulièrement sur la question de savoir si ce dernier a rendu plausible une aggravation de son état de santé qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la précédente décision au fond.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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 notifiée le 12 avril 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).

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 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). 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). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; TFA I 176/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

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 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) Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 ; 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100, p. 840 s.).

d) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

4. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée par le recourant le 6 août 2020. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au point de savoir si l'intéressé, dans ses démarches auprès de l'intimé jusqu'à la date de la décision attaquée, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la dernière décision entrée en force. Il convient ainsi uniquement d'examiner si les pièces produites entre le dépôt de la demande de prestations du 6 août 2020 et la décision notifiée le 12 avril 2021 établissent une aggravation par rapport à la décision de refus du 13 mai 2015 confirmée par arrêts des 14 décembre 2016 et 4 mai 2017.

A titre préalable, il faut préciser que les pièces médicale produites par le recourant postérieurement à la décision attaquée ou dans le cadre de son recours ne peuvent pas être prises en considération dans la présente procédure, dont l'examen est limité à l'état du dossier au moment où l'intimé a statué. En effet, lorsque le tribunal est saisi dans le cadre d'une procédure de non entrée en matière sur une nouvelle demande, il lui incombe uniquement d'examiner si les pièce déposées en procédure administrative devant l'OAI justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (consid. 3d *supra*). De même, il ne saurait être question de mettre en œuvre une expertise, fût-ce par souci d'opportunité et d'économie de la procédure (TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1) et la conclusion du recourant tendant à la mise en œuvre d'une telle mesure d'instruction doit être rejetée, tout comme celle tendant à l'audition des Drs R._____, P._____ et HH._____ en tant que témoin.

5. a) En ce qui concerne la problématique psychique, celle-ci a été tranchée par la Cour des assurances sociales dans son arrêt de renvoi du 27 avril 2012 (cf. CASSO AI 80/10 - 319/2012 consid. 5a) aux termes duquel il avait été retenu que le recourant ne présentait aucun trouble psychiatrique influant sur sa capacité de travail. La Cour avait en particulier suivi le rapport de la Clinique R._____ du 9 mai 2006 selon lequel un consilium psychiatrique n'avait pas mis en évidence de pathologie psychiatrique ainsi que le rapport de la Clinique R._____ du 12 avril 2007 duquel il résultait que le Dr V._____ avait exclu un trouble

dépressif ou un trouble anxieux significatif. Elle avait également retenu que le rapport d'expertise du 19 décembre 2008 établi par le Dr H. _____ aboutissait à la négation d'un trouble psychiatrique incapacitant. Il s'ensuit que la Cour avait considéré que l'intimé était fondé à ne pas investiguer plus avant la question psychique lorsqu'il avait repris la cause à la suite de l'arrêt de renvoi. A cet égard, la Cour a souligné, dans son arrêt du 16 décembre 2016 (cf. CASSO AI 171/15 - 335/2016 consid. 5b) que les rapports versés au dossier après l'arrêt de renvoi du 27 avril 2012 (cf. notamment les rapports médicaux des 29 août 2012, 22 juillet 2014, 17 novembre 2014, 30 janvier 2015 et 7 septembre 2015), n'émanaient pas de psychiatres et ne se prononçaient que laconiquement sur le sujet, sans analyse concrète de la symptomatologie ou diagnostic précis. Ces avis étaient donc insuffisants pour mettre en cause les considérants de l'arrêt du 27 avril 2012, entré en force, tout comme le rapport du Dr P. _____ indexé le 14 novembre 2017 n'avait pas rendu plausible une modification dans la situation du recourant entre sa première et sa deuxième demande de prestations (cf. CASSO AI 168/18 - 180/2020 consid. 5).

b) aa) Sous l'angle somatique, il est constant qu'une expertise pluridisciplinaire (portant sur les volets neurologique, de médecine interne et orthopédique) a été mise en œuvre à la suite de l'arrêt de renvoi du 27 avril 2012 sur laquelle s'est fondé l'intimé pour rendre sa décision du 13 mai 2015 octroyant une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2006 au 28 février 2008 en retenant que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité à la fin du délai d'attente mais que la situation s'était ensuite stabilisée dès la fin du mois de novembre 2007 et que, depuis lors, le recourant disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Cette décision a été confirmée par la Cour des assurances sociales par arrêt du 14 décembre 2016, puis par le Tribunal fédéral qui a rejeté le recours de l'assuré en date du 4 mai 2017.

bb) Il ressort de l'expertise de la Clinique EE. _____ que, sur le plan locomoteur, a été retenu le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de fracture de type Burst de L3, en phase de séquelle à type de

raideur. En revanche, les experts ont nié toute nature incapacitante aux diagnostics suivants, en phase de status post : fractures costales gauches D8, D9 et D10, fracture du bassin Tile B, légère diastase des apophyses articulaires C1-C2 avec odontoïde excentré, pneumothorax minime avec discrète contusion pulmonaire à droite et anémie ferriprive sur gastrite chronique. Ils ont par ailleurs réfuté les diagnostics de syndrome fémoro-patellaire et de lombalgies non spécifiques. A cet égard, si des lombalgies ont été signalées par le médecin traitant (cf. attestation du 4 novembre 2009 et compte-rendu du 17 décembre 2009) et les médecins de la Clinique R. _____ (cf. rapports du 9 mai 2006, 7 septembre 2006, 12 avril 2007, 12 janvier 2011 et 27 janvier 2012), ces derniers n'y ont prêté aucun caractère invalidant (cf. notamment rapport du 30 octobre 2006).

cc) Au niveau neurologique, les experts ont retenu le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de paraplégie incomplète de stade ASIA D, en phase stabilisée. Pour eux, aucune évolution neurologique n'était survenue et ils ont considéré que la situation du recourant ne faisait pas lien avec une gravité médicale et que, au contraire, l'assuré avait particulièrement bien récupéré de sa chute, ce qui ressort également du rapport du 22 juin 2015 du Dr M. _____.

c) Le Dr X. _____ a, dans le cadre de l'instruction de la troisième demande de prestations du recourant du 6 août 2020, adressé à l'OAI deux rapports du 17 août 2020 indiquant une lombosciatalgie droite en exacerbation ainsi que des troubles anxio-dépressifs. Ces rapports ne sont cependant ni détaillés, ni médicalement objectivés. Le médecin n'a pas procédé à une anamnèse ni exposé l'évolution de l'état de santé du recourant. Il ne s'est pas non plus prononcé sur la capacité de travail du recourant. Pour sa part, le Dr J. _____ a, dans son rapport du 3 septembre 2020, posé les diagnostics d'aggravation de la lombosciatalgie droite sur un status post fracture Burst L3 traitée par spondylodèse L2 à L4 avec un syndrome partiel de la queue de cheval, de fracture costale gauche D8, D9 et D10 et fracture ischio-pubienne, de parésie du membre inférieur gauche, de troubles anxio-dépressifs, de vertiges et d'insomnies, mais sans les étayer médicalement. S'agissant de

l'incapacité de travail, elle serait de 100 %, le recourant ne pouvant pas travailler dans une position assise prolongée, pas pratiquer des marches de longue distance et n'ayant aucune qualification spécifiques. Or, ces limitations fonctionnelles ne sont aucunement nouvelles et ressortent notamment du rapport d'expertise du 4 octobre 2013 de la Clinique EE. _____ ; elles ont ainsi déjà été prises en compte par l'intimé dans le cadre de sa précédente décision. Quant à la problématique de l'absence de qualifications spécifiques du recourant, cet argument, outre le fait qu'il a déjà été invoqué précédemment, ne saurait entrer en ligne de compte dès lors que le contexte psychosocial dans lequel évolue l'assuré n'a pas à être examiné, le droit des assurances sociales s'en tenant à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; cf. TF 9C_837/2011 & 9C_845/2011 du 29 juin 2012 consid. 6.3 et TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 4.1, in SVR 2010 IV 58 p. 177).

Il faut constater que les trois rapports précités n'apportent aucun élément nouveau qui serait susceptible de rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant.

d) aa) L'assuré a également remis un rapport du 22 mars 2021 du Dr R. _____ dans lequel ce dernier a expliqué que les douleurs déplorées au membre inférieur droit, constantes et à caractère de brûlures, étaient plausibles et compatibles avec une douleur neuropathique dans le cadre d'un syndrome de la queue de cheval séquellaire, bien objectivé cliniquement. Il a indiqué qu'il pourrait rejoindre les conclusions des experts de la Clinique EE. _____ sur la base d'éléments uniquement objectivables et retenir que le recourant pourrait travailler dans une activité légère et sédentaire, mais qu'il se distancie de ces conclusions du fait que les répercussions du syndrome douloureux neuropathique au membre inférieur droit n'avaient pas été prises en compte. En l'occurrence, le Dr R. _____ n'a pas fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant mais a seulement fait une appréciation différente d'un élément médical déjà mentionné à maintes reprises dans nombre des rapports versés au dossier (cf. notamment les

rapports médicaux des 9 mai 2006, 30 octobre 2006, 12 avril 2007, 23 février 2010, 12 janvier 2011, 27 janvier 2012, 3 juin 2013 ainsi que l'expertise du 4 octobre 2013). Or, l'appréciation différente d'une même situation médicale ne permet pas encore de conclure à une aggravation de l'état de santé du recourant (cf. consid. 3a *supra*). Quant à l'argument selon lequel il y aurait lieu de tenir compte du peu de ressources à disposition du recourant au vu du changement de jurisprudence, le Tribunal fédéral a expressément confirmé que cette jurisprudence ne constituait pas en soi un motif de révision ou d'entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 141 V 585).

bb) Sur la plan psychique, le Dr R. _____ a exposé que le recourant présentait manifestement une atteinte psychiatrique et que la majoration des symptômes qu'il avait constatée pourrait être l'expression de l'atteinte psychique associée, une évaluation psychiatrique expertale semblant formellement indiquée. Force est cependant de constater que le recourant, au stade de la procédure administrative, n'a produit aucun rapport émanant d'un psychiatre et qu'il n'est au demeurant pas établi si et à quelle fréquence le recourant serait suivi par un psychiatre au quotidien. Les considérations du Dr R. _____ selon lesquelles il y aurait une majoration de symptômes pour des raisons psychiques, outre qu'elles n'émanent pas d'un psychiatre, n'apportent aucun élément nouveau. Tel est également le cas du rapport du 26 novembre 2020 du Dr P. _____, produit dans le cadre de la demande d'allocation d'impotent, qui se borne à faire état de difficultés psychiques sans les détailler, ni les étayer médicalement.

e) A la lumière de ce qui précède, c'est ainsi à juste titre que l'intimé a considéré que le recourant n'avait pas établi de façon plausible une modification de la situation propre à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité et qu'il n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Au vu des nouvelles pièces médicales amenées après la décision attaquée, il convient toutefois d'inviter le recourant à déposer, si

ce n'est déjà fait, une nouvelle demande de prestations puisque l'intimé a expressément indiqué en duplique qu'une nouvelle demande fera l'objet d'une instruction au fond.

6. a) Il découle des considérants que le recours, mal fondé, 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). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes de fixer les modalités de ce remboursement (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RA) [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

Il convient encore de fixer la rémunération de Me Michel Dupuis qui a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de

son mandant le 16 mars 2023. Elle fait état de 4 heures 48 consacrées à la présente procédure. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. Il s'ensuit qu'au tarif horaire de 180 fr., l'indemnité de Me Dupuis doit être arrêtée à 864 fr. (4h48 x 180 fr.), montant auquel il convient d'ajouter les débours par 43 fr. 20 (5 % x 864 fr.) ainsi qu'une TVA à 7,7 % sur l'ensemble, soit 69 fr. 85 (7,7 % x 907 fr. 20), pour un total de 977 fr. 05.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 30 novembre 2020 et notifiée le 12 avril 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.** L'indemnité d'office de Me Michel Dupuis, conseil du recourant F._____, est arrêtée à 977 fr. 05 (neuf cent septante-sept francs et cinq centimes), TVA comprise.

- V.** 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 mis à la charge de l'Etat.

VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Michel Dupuis (pour F. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :