

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mai 2023

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Reinberg et Mme Feusi, assesseurs,
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

K. _____, à **N.** _____, recourant,

et

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

E n f a i t :

A. K._____, né en 1987, domicilié en Suisse depuis 2010, marié et père de deux enfants (ci-après : l'assuré et/ou le recourant) a travaillé en qualité d'aide-monteur en échafaudages à 100 % pour la société E._____ à compter du 3 mars 2014. Le 12 juillet 2014, il s'est coupé l'avant-bras gauche avec une scie circulaire.

Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Dans un rapport du 7 août 2014, le Dr W._____, médecin chef du Service de chirurgie orthopédique de l'Hôpital de F._____, a retenu comme diagnostic principal une plaie délabrante transverse profonde de la face antérieure de l'avant-bras gauche avec section des muscles de la loge superficielle à la jonction musculo-tendineuse, lésion partielle du nerf médian et section complète de l'artère radiale. L'assuré a été opéré le jour-même de l'accident ; l'intervention a consisté en un débridement et le lavage de la plaie, en une suture périneurale du nerf médian, une ligature des moignons de l'artère radiale, une suture des jonctions musculo-tendineuses de la loge antérieure superficielle et en un drainage par un Penrose. L'assuré a séjourné à l'Hôpital de F._____ du 12 au 13 juillet 2014. Les suites opératoires ont été simples, aucun trouble neuro-vasculaire n'étant noté. A la sortie, la plaie était propre et calme. Une prophylaxie par antibiotique a été prescrite ainsi qu'une médication antalgique (Dafalgan et Tramadol). Il apparaîtra par la suite que le nerf radial était aussi sectionné et n'a pas été reconstruit.

Dans un rapport du 3 septembre 2015, la Dre B._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et chirurgie de la main, a noté au status une cicatrice transversale à la jonction entre le tiers inférieur et le tiers moyen de l'avant-bras antérieur gauche. La percussion de la partie la plus radiale de la cicatrice était franchement douloureuse avec irradiation dans le territoire du nerf radial. Elle a exposé

que l'examen neurologique du 16 juin 2015 avait démontré une non-obtention du potentiel d'action sensitif distal du nerf radial et un bilan angiologique avait révélé la non-perméabilité de l'artère radiale, sans influence sur la perfusion des doigts. La Dre B._____ précisait que les différents tendons examinés étaient en ordre et que les douleurs étaient acceptables compte tenu de la lésion initiale.

Selon un rapport du 9 novembre 2015 du Dr V._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, on se trouvait face à la persistance de douleurs, de troubles sensitifs, de troubles vasculaires, de déficit de la force et de fatigabilité du membre supérieur gauche. Il notait comme possibilité d'un dommage permanent une hypoesthésie et une anesthésie de l'avant-bras, avec des douleurs et une perte de force.

L'assuré est resté en incapacité totale de travail, sans interruption notable, depuis le jour de l'accident.

Le 7 décembre 2015, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI et/ou l'intimé) une demande de prestations, invoquant des lésions des nerfs et d'artères de l'avant-bras gauche.

Le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant de la CNA, a procédé à l'examen final de l'assuré le 19 janvier 2016. Son rapport relevait notamment ce qui suit (sic) :

« **Constatations**

[...]

Droitier.

La gestuelle est assez bien conservée.

A l'inspection des MS (réd. : membres supérieurs), on constate une cicatrice transverse sur la face antérieure au niveau du tiers moyen-tiers distal de l'avant-bras G (réd.: gauche). La cicatrice est diffusément douloureuse à la palpation. La percussion déclenche

également des douleurs avec irradiations en amont et en aval de la cicatrice. On note une zone d'hyperesthésie dans le territoire sensitif du nerf radial.

La palpation du poignet donne également quelques douleurs.

La paume donne également quelques douleurs à la palpation à hauteur du 3^{ème} rayon métacarpien.

On note une amyotrophie de l'avant-bras G.

[...]

Appréciation

On se trouve, chez cet aide-monteur en échafaudages, né en 1987, à 18 mois d'une plaie transverse complexe de l'avant-bras G (réd. : gauche) avec scie électrique, s'étant soldée par une section de l'artère radiale, une lésion partielle du nerf médian et une section musculo-tendineuse.

Traitement par suture du nerf médian et ligature des moignons de l'artère radiale et suture des jonctions musculo-tendineuses de la loge antérieure.

Evolution marquée par la persistance de douleurs et dysesthésies de l'avant-bras G et de sensibilité au froid.

Subjectivement à l'examen de ce jour, l'assuré décrit des douleurs principalement au niveau de la main mais également sur l'avant-bras au pourtour de la cicatrice. Il est dérangé par la diminution de la sensibilité et le manque de force de la main G (côté non dominant). On lui a fait récemment une infiltration de l'avant-bras mais qui n'a pas amené d'amélioration particulière. Il a recours au Dafalgan® lorsque les douleurs le dérangent trop.

Objectivement, assuré en BEG (réd. : bon état général) apparent, collaborant, droitier. Présence d'une cicatrice transverse antérieure de l'avant-bras G, très douloureuse à la palpation et à la percussion. On note une zone d'hyperesthésie tout au pourtour de la cicatrice et une diminution de la sensibilité de la main dans le territoire du nerf médian et du territoire sensitif du nerf radial. La force de préhension est nettement diminuée à G.

Sur le plan médical, la situation est actuellement peu évolutive et relève principalement de traitement symptomatique associé à des mesures d'auto-ergothérapie et de désensibilisation. Un suivi médical espacé à long terme est à attendre.

Sur le plan professionnel, le retour vers une pleine capacité dans l'activité de monteur en échafaudages exercée lors de l'accident n'est plus envisageable. En revanche, cet assuré droitier pourrait mettre en valeur une pleine capacité dans une activité n'exigeant pas le port de charge supérieur à 5 kg ni de sollicitation de préhension ou de sollicitation répétitive de la main G.

Une atteinte à l'intégrité est due et fait l'objet d'une appréciation séparée. »

Par projet du 11 juillet 2016, l'OAI, se fondant sur les conclusions du rapport d'examen final de la CNA selon lequel l'assuré disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charge supérieur à 5 kg, ni de sollicitation de préhension ou de sollicitation répétitive de la main gauche), a informé celui-ci de son intention de lui refuser une rente et des mesures professionnelles, son degré d'invalidité étant arrêté à 1.30 %.

Par décision du 13 juillet 2017, la CNA a refusé à l'assuré tout droit à une rente, le degré d'invalidité étant inférieur à 10 %, et lui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %.

Le 22 septembre 2016, l'OAI a confirmé son projet du 11 juillet précédent.

B. Dans un rapport du 5 décembre 2016, le Dr V._____, médecin traitant de l'assuré, a écrit ceci (sic) :

« Le 12.07.2014, vous avez été victime d'un accident du travail avec section profonde par une scie circulaire de la face antérieure de l'avant bras gauche avec section vasculaire, tendineuse et nerveuses.

Une suture de ces structures profondes a été réalisée. Dans les séquelles à un an on notait la perte de force et des douleurs induites notamment par un névrome.

Depuis deux mois on note des complications de cet accident :

- persistance des douleurs,
- diminution de la force de préhension,
- difficulté à réaliser des mouvements fins
- douleurs constantes avec névralgies algues vous réveillant la nuit
- troubles dépressifs réactionnels
- amyotrophie de la main gauche
- syndrome de Reynaud de la main gauche
- douleurs de la main gauche déclenchées par le froid

Ces symptômes constituent une rechute qui doit faire l'objet d'une appréciation de la part de la SUVA et de l'AI pour quantifier l'aggravation du cas. »

Le 23 décembre 2016, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande formelle de prestations d'invalidité en invoquant les mêmes atteintes à la santé que dans la précédente.

Dans un rapport du 29 octobre 2017, la Dre P._____, spécialiste en médecine interne, indiquait que les paresthésies et dysesthésies s'étaient péjorées dernièrement. Une activité adaptée restait possible à 100 %. Un rapport médical du 17 juillet 2017 du Dr H._____, spécialiste en neurologie, était joint. Lui aussi concluait à une l'exigibilité d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré à 100 %. Il relevait en outre notamment ce qui suit (sic) :

« Je revois votre patient à ma consultation du 14 juillet 2017, avec un tableau cliniquement stationnaire, qui confirme d'une part le syndrome C7 gauche sur une hernie discale C6-C7 foraminale latérale gauche exerçant un effet de masse sur cette racine, la moelle étant également légèrement déformée, mais sans signe myélopathique sur le plan clinique ou de l'imagerie elle-même. Par ailleurs, l'IRM de l'avant-bras montre un épaississement fusiforme du nerf médian et du nerf radial, au niveau de la cicatrice, compatible avec un névrome post-traumatique. Le tendon du fléchisseur radial du carpe est également remanié. Le tableau paraît séquellaire, avec la possibilité de développement ultérieur plus important du névrome, et à mon avis, pour cette raison, le cas ne peut être clôturé définitivement sur le plan assécurologique accident, puisque des investigations et des soins ultérieurs restent probables, à ce niveau.

Dans le même sens, l'électroneuromyographie que nous avons effectuée met en évidence des signes des branches sensibles distales du nerf radial et médian gauche, sans parésie motrice importante, mais avec une douleur qui apparaît dès les mouvements de force, ce qui contrindique évidemment toutes reprises d'activités telles que maçon ou autre sur le plan d'une activité de force. »

Le 7 décembre 2019, dans le cadre de l'aide au placement allouée par l'OAI (des allocations d'initiation au travail ont été versées jusqu'au 31 mai 2019), le recourant a signé un contrat de travail de durée indéterminée avec la société J._____. Le début de l'emploi en qualité d'agent d'entretien était fixé au 1^{er} décembre 2019.

C. Dans un rapport du 14 mars 2022, le Dr V._____ a requis de l'OAI qu'il réévalue la situation de l'assuré en exposant que, bien que s'étant reconverti dans un métier moins physique et moins exposé au

froid, son patient ne parvenait pas à travailler normalement et que son rendement était sérieusement diminué du fait qu'il ne pouvait pas assumer son activité professionnelle à plus de 50 %.

Par courrier du 21 mars 2022, l'OAI a expliqué à l'assuré que s'il désirait que son droit à des mesures professionnelles et à une rente soit réexaminé, il convenait qu'il dépose une nouvelle demande accompagnée de toutes les annexes mentionnées dans le questionnaire. Dit courrier précisait que dès lors qu'une décision avait été rendue dans le passé, il appartenait à l'assuré de rendre plausible la modification de son degré d'invalidité en joignant au moins un rapport médical contenant un diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé depuis la précédente décision, le taux d'incapacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles et le pronostic.

Le 5 avril 2022, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande formelle de prestations de l'assurance-invalidité en invoquant des « douleurs ». Etait joint à cette demande un nouveau rapport du Dr V. _____ du 22 mars 2022, dans lequel ce dernier exposait notamment ce qui suit :

« Depuis début 2021 le patient présente une exacerbation de sa symptomatologie algique ayant un important impact sur son état de santé et sur ses capacités de travail.

Chez ce travailleur manuel on note qu'il ne peut plus se servir de son avant bras gauche, que sa force de préhension avec la main gauche est très limitée, que la réalisation de mouvements fins est impossible. On note par ailleurs une fixation de ses fascias, avec une gêne douloureuse à la mobilisation ou la simple palpation. On note également que l'intensité des douleurs impose la réalisation de repos compensateurs diminuant sensiblement son rendement. »

Avec sa demande, l'assuré a également produit :

- un rapport de son physiothérapeute, M. _____, du 20 août 2020, dans lequel celui-ci exposait notamment ce qui suit (sic) :

« Notre examen a mis en évidence de nombreuses adhérences en regard de la cicatrice, associées à une posture spontanée du MS G en enrouement-fermeture (ce qui favorise l'enclavement du plexus brachial au niveau du défilé costo-claviculaire). Nous avons également constaté une raideur importante des muscles fléchisseurs de l'avant-bras, avec une hypersensibilité du nerf médian (symptomatologie sur les 3 premiers doigts).

Le traitement a donc consisté en des techniques de massage des adhérences superficielles et profondes de la cicatrice, en vue de libérer les différents plans de glissement des tissus mous. Nous avons également effectué des exercices d'étirement musculaires et des mobilisations neuro-méningées (nerf médian+). Nous avons aussi travaillé la posture en favorisant l'ouverture du MS.

Les neuf séances de physiothérapie effectuées semblent avoir améliorées sa douleur en bracelet. La cicatrice est bien moins adhérente. Les fourmillements sur les 3 premiers doigts restent encore bien présents.

Il pourrait être intéressant de continuer ce travail manuel puisque la cicatrice n'a jamais été mobilisée auparavant. D'autant plus que d'après le patient, on lui avait proposé une microchirurgie afin de libérer ces adhérences tissulaires (chirurgie qu'il avait refusée). »

- Un rapport du 21 août 2020 du Dr G._____, spécialiste en neurologie, dans lequel celui-ci relève notamment ce qui suit :

« **Diagnostic(s) :**

- **Neuropathie du nerf radial superficiel gauche (non excitabilité à la neurographie)**
- **Status après plaie transverse profonde de la face antérieure de l'avant-bras gauche avec section des muscles de la loge superficielle à la jonction musculotendineuse, lésion partielle du nerf médian et section complète de l'artère radiale**
 - **Débridement, lavage et suture du périnèvre du nerf médian, ligature des moignons de l'artère radiale des jonctions musculotendineuses de la loge antérieure superficielle et drainage le 12.07.2014**

[...] Depuis ce traumatisme, il souffre d'une douleur sur le versant radial de l'avant-bras gauche avec des paresthésies dans les 3 premiers doigts, des paresthésies sur le dos de la main et la surface palmaire radiale de la main gauche. Depuis 2 mois il y a une aggravation de la douleur.

Il n'y a pas d'autre symptôme neurologique.

Le patient n'a pas eu d'autre antécédent médicochirurgical.

Son état général est bon, [...]

Le patient travaille à 100% dans le nettoyage, il est marié, père de 2 filles. Il fait régulièrement des entraînements de football.

Médication actuelle :

Aucune

[...]

Synthèse et conclusion

[...]

Le bilan neurologique révèle des dysesthésies dans le territoire du nerf médian, du nerf radial superficiel mais également dans le territoire du nerf latéral de l'avant-bras et du nerf cutané postérieur de l'avant-bras gauche.

Le bilan électrophysiologique permet de constater que tous les nerfs sont conservés à la seule exception du nerf radial superficiel gauche qui ne peut pas être stimulé.

Le patient a formellement une neuropathie du nerf radial superficiel gauche. J'ai proposé au patient de traiter la douleur neuropathique avec la Pregabaline, à commencer avec 2 x 50 mg/jour et à augmenter selon tolérance et efficacité.

Je vais revoir le patient d'ici environ 6 semaines. »

- Un rapport radiologique (IRM du poignet droit) du 29 mars 2021 du Dr Q._____, dans lequel celui-ci indique que l'examen est effectué en raison de douleurs post-traumatiques persistantes et relève notamment ce qui suit :

« DESCRIPTION :

Il n'y a pas d'œdème osseux, en particulier, pas de signe de contusion ou de fracture.

Kyste intra-osseux de 7 mm au niveau du lunatum.

Remaniement osseux péri-kystique, avec de micro géodes, pouvant évoquer un hémangiome adjacent.

Deux micro-kystiques de moins de 3 mm, chacun au niveau du triquetrum.

Signal normal au niveau du scaphoïde et des autres os du carpe.

Pas d'épanchement articulaire significatif.

Rapports ostéo-articulaires normaux.

Pas de kyste arthrosynovial.

Autre petit kyste de 4 mm proximal au niveau du 2^e métacarpien.

Au niveau ligamentaire et tendineux :

Il n'y a pas d'anomalie de signal au niveau des tendons fléchisseurs ni au niveau des tendons extenseurs.

Pas d'épanchement dans leur gaine.

Intégrité des ligaments collatéraux.

Intégrité également des ligaments scapho-triquétral, scapho-lunaire et luno-triquétral.

Signal normal également du TFCC.

Au niveau des parties molles :

Il n'y a pas d'image de collection ou d'épanchement au niveau des parties molles.

CONCLUSION :

Pas de lésion osseuse traumatique ni ligamentaire ou tendineuse.

Kyste intra-osseux au niveau du lunatum, du triquetum et de la base du 2^e métacarpien. »

Dans un avis du 2 juin 2022, le Service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a indiqué qu'au vu des éléments médicaux versés au dossier il n'y avait pas suffisamment d'arguments qui justifiaient une aggravation, l'atteinte et les troubles neurologiques étant identiques à ceux précédemment invoqués. Il a considéré qu'il ne pouvait pas entrer en matière sur la dernière demande de prestations de l'assuré.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a informé l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière pour les motifs indiqués dans l'avis du SMR.

Ce projet a été confirmé par une décision formelle du 14 juillet 2022.

D. Par acte du 12 août 2022, K._____ a formé recours contre la décision de l'OAI du 14 juillet précédent devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois pour les motifs évoqués dans une lettre du même jour du Dr V._____. Dans ce courrier, le médecin traitant du recourant expose ce qui suit :

« Vous me demandez mon avis à propos de la décision de l'OAI de ne pas entrer en matière sur votre demande d'aggravation.

Je vous suis régulièrement depuis plus de 10 ans. Dans ce cadre j'ai eu à vous suivre après votre accident en 2014 (plaie profonde par scie circulaire de l'avant bras gauche avec section hachurée de nerfs et d'artères)

Depuis on a pu observer la persistance de douleurs névralgiques de ce membre avec tremblements et diminution de la force de préhension, ainsi que la présence d'une cicatrice fixant les éléments musculaires et aponévrotiques.

Depuis novembre-décembre 2021 on note la présence d'une inflammation chronique de cette cicatrice avec une majoration des douleurs et des tremblements ainsi que de la limitation de la force et la survenue de crampes.

Ces symptômes chroniques ont eu un impact sur le sommeil et l'apparition de symptômes dépressifs.

Cette aggravation a imposé une incapacité totale de travail depuis décembre 2021 jusqu'à ce jour, une reprise d'activité n'étant pas actuellement envisageable.

Il est important de noter que vous avez toujours travaillé dans une activité manuelle (monteur en échaffaudage puis entretien) qui vraisemblablement ne pourra être poursuivie.

Dans ces conditions et au vu de votre âge je ne comprends pas ce refus de l'OAI et le fait que ce refus ne vous permette pas d'envisager une reconversion qui doit nécessairement faire l'objet d'une formation et d'un accompagnement votre scolarité ayant été limitée à l'école obligatoire.

Je vous suggère donc de déposer un recours contre cette décision, auquel je vous autorise à joindre la présente qui pourra ultérieurement être complétée par les copies des rapports d'examens effectués durant cette période. »

Par réponse du 7 septembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'intimé fait valoir que les pièces médicales versées au dossier par le recourant ne permettent pas de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis sa dernière décision de refus du 22 septembre 2016 rendue à la suite de sa demande de prestations du 10 décembre 2015. Il rappelle que l'instruction de la cause avait alors démontré que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieur à 5 kg, pas de sollicitation de préhension ou de sollicitation répétitive de la main gauche) depuis le 19 janvier 2016. Le préjudice économique était alors de 1,35 %, ce qui n'ouvrait pas le droit ni à une rente ni à d'autres mesures.

Par pli du 28 septembre 2022, le recourant a produit une liasse de rapports médicaux.

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 la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 5 avril 2022.

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, le nouveau droit est en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 14 juillet 2022 (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).

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) 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. a) En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident le 12 juillet 2014. Il s'est coupé à l'avant-bras gauche, avec pour conséquence une plaie délabrante transverse profonde de la face antérieure de l'avant-bras gauche avec section des muscles de la loge superficielle à la jonction musculo-tendineuse, lésion partielle du nerf médian et section complète de l'artère radiale (cf. rapport du Dr W._____ du 7 août 2014). Cet événement a d'abord été annoncé à la CNA, qui a pris en charge le cas, notamment une intervention chirurgicale réalisée le jour-même de l'accident par le Dr W._____ (débridement et lavage de la plaie, suture

périneurale du nerf médian, ligature des moignons de l'artère radiale, suture des jonctions musculo-tendineuses de la loge antérieure superficielle et drainage par un Penrose). Lors de sa sortie d'hôpital, le lendemain de l'accident, la plaie était propre et calme et aucun trouble neuro-vasculaire n'était noté. Dans un rapport du 3 septembre 2015, la Dre B. _____ indiquait que la percussion de la partie la plus radiale de la cicatrice était franchement douloureuse avec irradiation dans le territoire du nerf radial. Elle relevait que l'examen neurologique du 16 juin 2015 avait démontré une non-obtention du potentiel d'action sensitif distal du nerf radial et que le bilan angiologique avait révélé la non-perméabilité de l'artère radiale, sans influence sur la perfusion des doigts. Elle précisait encore que les différents tendons examinés étaient en ordre et que les douleurs étaient acceptables compte tenu de la lésion initiale. Dans un rapport du 9 novembre 2015, le Dr V. _____ indiquait la persistance de douleurs, de troubles sensitifs, de troubles vasculaires, de déficit de la force et de fatigabilité du membre supérieur gauche. Plus tard, le 7 décembre 2015, le recourant a déposé auprès de l'OAI une première demande de prestations. Le cas a fait l'objet d'une instruction en collaboration avec l'assureur-accident. Il est finalement ressorti de cette instruction, soit du rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA du 19 janvier 2016, qu'un suivi médical espacé à long terme était à attendre et que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité n'exigeant pas le port de charge supérieur à 5 kg ni de sollicitation de préhension ou de sollicitation répétitive de la main gauche. Compte tenu de ces éléments, l'intimé a considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a refusé à l'assuré le droit à des prestations par décision du 22 septembre 2016, laquelle est entrée en force. La deuxième demande de prestations de l'assuré du 23 décembre 2016, dans laquelle il faisait état des mêmes atteintes à la santé que dans la première, a débouché sur une aide au placement de l'OAI avec conclusion d'un contrat de travail d'agent d'entretien à 100 % et versement d'allocations d'initiation au travail. Il est utile de noter que les rapports médicaux produits avec cette deuxième demande (cf. les rapports du Dr V. _____

du 5 décembre 2016, du Dr H._____ du 17 juillet 2017 et du Dr P._____ du 29 octobre 2017) ne faisaient pas état de nouveaux diagnostics ni de nouvelles limitations fonctionnelles mais signalaient une augmentation des plaintes de l'assuré par rapport à ses douleurs qui excluaient la possibilité d'un travail de force mais étaient compatibles, selon les deux derniers médecins cités, avec une activité à plein temps pour autant qu'elle soit adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) Le 5 avril 2022, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé. Faisant valoir une aggravation de son état de santé en ce sens d'une augmentation des douleurs, il a produit plusieurs pièces médicales, dont principalement les rapports du Dr V._____ des 14 et 22 mars 2022, ainsi qu'un rapport de son physiothérapeute du 20 août 2020, un rapport du Dr G._____ du 21 août 2020 et un rapport radiologique (IRM du poignet droit) du Dr Q._____ du 29 mars 2021.

bb) Dans ses rapports des 14 et 22 mars 2022, le Dr V._____ expose que son patient présente depuis début 2021 une exacerbation importante de ses douleurs, une inflammation de la cicatrice, et des tremblements qui l'empêchaient, de travailler à plus de 50 %. Il note également une fixation des fascias, avec une gêne douloureuse à la mobilisation ou à la simple palpation. Le médecin traitant ne fait cependant pas état de nouveaux diagnostics ni n'objective de nouvelles limitations fonctionnelles. Il se contente d'affirmer que les douleurs sont telles qu'elles ne permettent plus au recourant de travailler à plus de 50 %. Le rapport du physiothérapeute, antérieur à ceux du Dr V._____, est plutôt rassurant en ce sens qu'il expose que les massages ont permis de diminuer la douleur et les adhérences ; il recommandait, le 20 août 2020, la continuation du traitement physiothérapeutique. Quant au rapport du neurologue, le Dr G._____, du 21 août 2020, on constate qu'il ne pose pas de nouveau diagnostic et que son constat, à savoir une neuropathie du nerf radial superficiel gauche, en d'autres termes une non-excitabilité à la neurographie, est parfaitement superposable à ce qu'avait retenu la Dre B._____ dans son rapport du 3 septembre 2015. S'il rapporte les plaintes

du recourant relatives à une augmentation des douleurs depuis deux mois, il indique une absence de médication et fait état de la proposition thérapeutique qu'il a faite à l'assuré.

bc) Au vu de ces éléments, à savoir l'absence de nouveaux diagnostics ou de nouvelles limitations fonctionnelles objectivées, il y a lieu de constater qu'au cours de la procédure administrative initiée à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 5 avril 2022, le recourant n'a apporté aucun élément médical rendant plausible une aggravation significative de sa situation depuis la décision de l'intimé du 22 septembre 2016 refusant de lui accorder des prestations d'invalidité, qui serait susceptible d'influer sur son droit. Ils mettent au contraire en lumière une situation connue, dont on savait qu'elle impliquerait un suivi médical espacé à long terme (cf. rapport du Dr L. _____ du 19 janvier 2016), restée inchangée depuis. Le SMR (avis du 2 juin 2022) était donc légitimé à refuser d'entrer en matière sur la troisième demande de prestations d'invalidité du recourant.

c) Au surplus, les rapports médicaux produits par l'assuré avec son recours, à savoir le rapport du Dr V. _____ du 12 août 2022, puis ceux envoyés par pli du 28 septembre 2022, ne peuvent pas être pris en compte dans la mesure où le juge est tenu de se prononcer sur la situation qui prévalait au moment où l'intimé a statué (cf. consid. 3c). Il convient cependant de rappeler qu'il est loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI s'il estime avoir subi ultérieurement à la décision litigieuse une péjoration substantielle de son état de santé susceptible d'influer sur ses prestations de l'assurance-invalidité.

d) En conclusion, en l'absence d'élément médical concret permettant de rendre plausible une péjoration de l'état de santé du recourant, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 5 avril 2022.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 14 juillet 2022 confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis}, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 14 juillet 2022 est confirmée.
- III.** Les frais, par 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** 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 :

- K. _____, à N. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :