

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 septembre 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Dessaux, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 87 RAI

E n f a i t :

A. a) L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, de nationalité cubaine, en Suisse depuis 2002 (permis C), marié et père d'un enfant (né en 1992), est au bénéfice d'une formation d'installateur sanitaire suivie dans son pays d'origine. Il a notamment travaillé à 100% en qualité d'aide monteur sanitaire du 1^{er} février 2011 au 28 février 2014 auprès de l'entreprise F._____SA à [...], avant d'être licencié à la suite d'une restructuration.

L'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 25 avril 2014 en raison d'une spondylarthrite ankylosante. Par courrier du 6 mai 2014, il a annoncé à l'office précité qu'il avait débuté une activité d'indépendant dans le domaine sanitaire et du chauffage, ce qui lui permettait de travailler à son rythme.

Dans un rapport du 26 mai 2014 à l'OAI, le Dr S._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de maladie de Bechterew axiale et périphérique existant depuis 2008. Il a estimé que l'atteinte rachidienne et polyarticulaire très inflammatoire était totalement incompatible avec son activité professionnelle. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné des lombalgies chroniques sur discopathie étagée et hernie discale L4-L5, une migraine, des sinusites à répétition et un status après cure de hernie inguinale gauche en octobre 2009.

Selon un rapport établi le 10 juin 2014 par le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, celui-ci présentait comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail une spondylarthrite ankylosante (2007), une lyse isthmique L5 à la suite d'un accident de chantier (2008) et une cure chirurgicale de syndrome du tunnel carpien bilatéral. Les diagnostics de goutte, de gastrite à *helicobacter pylori* traitée, d'appendicite opérée en

1992, de cholécystectomie, d'adhérences intestinales opérées à six reprises, de cure d'adhérence et de traitement d'un iléus sur brides, ainsi que de cure de hernie par déhiscence, n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail. Le médecin précité a estimé que son patient présentait une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle en raison de l'impossibilité d'effectuer la plupart des tâches propres au métier, respectivement l'incapacité pour les mouvements en charge. Il a mentionné que les troubles dégénératifs du squelette étaient assez avancés, précisant que son engagement physique était de 30 à 40%. Le Dr P. _____ a en outre transmis les documents suivants :

- un rapport de consultation établi le 15 décembre 2008 par les Drs H. _____ et M. _____, respectivement médecin-adjoint et médecin-assistante au Service de rhumatologie du Centre hospitalier B. _____ ([...]), retenant des lombopygialgies, des douleurs des cuisses et des genoux, d'allure inflammatoire, un indice de Schober de 10-16 cm, des signes de Mennel positifs au niveau des sacro-iliaques, mais l'absence d'arthrite et d'enthésite. Les radiographies standards mettaient en évidence une sacro-iliite de stade II bilatérale. Un dosage à la recherche de l'antigène HLA-B27 était négatif ; il n'y avait pas non plus de syndrome inflammatoire sanguin. Les médecins précités renaient un diagnostic de spondylarthrite ankylosante et proposaient la poursuite du traitement d'Apranax® ;
- un rapport de consultation établi le 7 janvier 2009 par les Drs H. _____ et M. _____, constatant que l'IRM lombosacrée du 24 décembre 2008 montrait selon eux une atteinte inflammatoire des sacro-iliaques. L'évolution, sous traitement d'Apranax®, était favorable, le patient n'ayant plus de douleurs inflammatoires. Il était proposé de garder le traitement d'Apranax® en réserve et de réaliser de la physiothérapie.

Le 6 juin 2014, le Dr P._____ a annoncé à l'OAI que son patient souhaitait mettre fin à l'intervention de l'OAI, car celui-ci fonctionnait avec son entreprise suivant le programme fixé.

Dans un rapport initial du 23 septembre 2014, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a pris acte de la volonté de l'assuré de maintenir son activité indépendante. L'assuré a mentionné que c'était sur conseil de ses médecins traitant et rhumatologue, qu'il était devenu indépendant pensant que c'était la meilleure solution pour continuer à obtenir un revenu et être flexible en fonction de son état de santé. Le spécialiste en réinsertion professionnelle a toutefois relevé que les médecins de l'assuré n'étaient, en l'occurrence, pas de bon conseil. L'intéressé a été informé du cadre légal de l'AI, des conséquences de son activité d'indépendant et à terme pour sa santé, pour ses finances et pour l'AI. Une capacité de travail nulle dans son activité habituelle et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dans l'état actuel de sa santé étaient retenues, étant précisé qu'il y aurait probablement péjoration à long terme. Il lui a été proposé un cours de français qu'il a décliné après un temps de réflexion. Dans ces conditions, le spécialiste en réinsertion professionnelle a conclu à la clôture du mandat et à la poursuite de l'instruction médicale, notamment pour préciser la capacité de travail dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles.

Par communication du 17 février 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible.

Le 4 mars 2015, le Dr P._____ a attesté une incapacité de travail de 100% du 7 février au 30 avril 2014 et de 50% du 1^{er} au 15 mai 2014, le traitement de fond ayant été arrêté. Le rhumatologue traitant n'avait, quant à lui, plus revu l'assuré depuis le 30 mars 2014. L'assuré a dû cesser son activité indépendante, dès lors qu'il n'était pas au bénéfice d'un CFC [certificat fédéral de capacité].

Par avis médical du 9 juin 2015, les Drs X._____ et T._____ du Service médical régional de l'AI (SMR) ont préconisé une expertise

externe de rhumatologie ou un examen SMR, faute d'appréciation actuelle, de status et d'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée. Les médecins précités ont en outre constaté que la prise en charge de l'assuré sur le plan rhumatologique semblait avoir été interrompue, ce qui pouvait être dû à sa mauvaise compréhension du français et la non-compréhension de son affection. Une activité d'indépendant semblait illusoire bien que le Dr S. _____ ait estimé que l'assuré pouvait, en cette qualité, se diriger vers des activités bureautiques. Celui-ci se disait capable de travailler, bien qu'il y eût des périodes au cours desquelles son épouse devait l'aider à s'habiller.

Dans un rapport du 17 août 2015 faisant suite à un examen clinique du 14 août 2015, le Dr G. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie, a retenu les diagnostics de probable spondylarthrite ankylosante, stabilisée sous traitement anti-inflammatoire (M45) et de synovite du majeur droit, avec un diagnostic différentiel ouvert entre un status post crise de goutte et une arthrose décompensée. Il a estimé que l'examen clinique n'orientait pas vers une spondylarthrite ankylosante active et a conclu que le rhumatisme inflammatoire était stabilisé sous le traitement anti-inflammatoire quotidien pris par l'assuré. Lors de l'examen clinique, l'assuré a indiqué qu'il avait été engagé dès le 1^{er} juin 2015 en qualité de monteur-sanitaire par l'entreprise C. _____ SA à [...], que le travail décrit était physiquement très contraignant, qu'il avait réussi à travailler le matin, mais n'arrivait pas à suivre l'après-midi. Il avait finalement donné sa démission le 3 juillet 2015. Au titre de limitations fonctionnelles, le Dr G. _____ a exclu le travail prolongé en ambiance froide ou humide, les travaux de force, le port de charges répétés au-delà de 10 kg et occasionnels au-delà de 15 kg. En retenant le diagnostic de spondylarthrite ankylosante comme probable, ceci en s'appuyant sur les éléments du dossier, le Dr G. _____ a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 7 novembre 2013, date du licenciement comme aide installateur sanitaire, activité non exigible au sens de l'Al. Cette activité professionnelle, physiquement modérément, voire très contraignante, était à même de décompenser le rhumatisme

inflammatoire et n'était pas indiquée. Une activité même à temps partiel dans ce domaine n'était pas souhaitable, l'assuré en tant qu'employé, ne pouvant pas choisir les travaux à réaliser et pouvant être amené à soulever des charges lourdes ou à effectuer des travaux physiquement très contraignants, susceptibles de décompenser la spondylarthrite. L'exigibilité d'une activité adaptée était totale depuis le 1^{er} mai 2014, date à laquelle le Dr P._____ avait prévu une reprise à 50 % dans l'activité habituelle d'installateur indépendant.

Par décision du 22 janvier 2016 confirmant un projet de décision du 27 novembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, considérant qu'il présentait un degré d'invalidité de 14.07% par suite de la comparaison des revenus avec et sans invalidité, taux insuffisant pour avoir droit à une rente.

b) A la suite d'une procédure de détection précoce initiée par le Dr C._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, lequel avait repris le suivi rhumatologique de l'assuré depuis septembre 2019, L._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, par formulaire daté du 27 octobre 2020 et réceptionné le 30 octobre 2020. Les documents suivants ont été produits :

- un rapport du 13 novembre 2018 de la Dre F._____, médecin associée au Service de rhumatologie du Centre hospitalier B._____, laquelle a notamment exposé que l'ultrason réalisé en février 2018 montrait une synovite de la MCP [métacarpo-phalangienne] 3 à droite avec activité Doppler, et que le patient ne s'était pas présenté à trois rendez-vous successifs pour discuter des résultats et de la suite de la prise en charge ;
- un rapport d'IRM [imagerie par résonance magnétique] de la main droite du 28 novembre 2018 lequel a conclu à l'absence de fracture évidente et à la vraisemblance de

corps étrangers de tonalité métallique sous cutanés palmaires au 1^{er} et 2^{ème} rayon ;

- un rapport d'IRM cervico-dorso-lombaires et des sacro-iliaques du 19 juillet 2019 qui a conclu à l'absence d'atteinte inflammatoire des enthèses du rachis cervico-dorso-lombaire identifiée et à la présence d'anomalies de signal focales de l'articulation sacro-iliaque gauche correspondant à une sacro-iliite unilatérale ;
- un rapport du 27 septembre 2019 du Dr C. _____ au Dr P. _____, mentionnant des douleurs aux deux épaules, des lombofessalgies, des douleurs au niveau des hanches et des talons ainsi que de la métacarpo-phalangienne du 3^{ème} doigt de la main droite. Le Dr C. _____ a estimé qu'il convenait de reprendre un traitement de fond et a demandé la prise en charge d'un traitement par anti-TNF comme le Simponi ;
- un rapport du 11 octobre 2019 du Dr C. _____ au Dr P. _____, retenant une spondylarthrite avec atteinte axiale et périphérique, notamment au niveau de la main droite et des malaises d'origine indéterminée plutôt du type vagal ;
- un rapport du 10 février 2020 du Dr C. _____ au Dr P. _____ faisant état de douleurs à la mobilisation cervicale et dorsolombaire, au niveau des poignets et de la MCP 3 de la main droite, ainsi que des douleurs lombaires en flexion de la hanche, surtout à gauche. Le genou gauche ne présentait pas de tuméfaction, ni d'épanchement. Lésions de type psoriasis prérotulien et absence de douleurs au niveau des pieds ;
- un rapport d'IRM des mains du 14 mai 2020 qui a conclu à l'absence de remaniement érosif/lytique évident et à une atteinte arthrosique du carpe prédominant à gauche, se référant pour le surplus à la description ;

- un rapport du 27 août 2020 du Dr C. _____ au Dr P. _____, indiquant que le patient était surtout gêné par des douleurs à la main droite et portait une attelle, raison pour laquelle il lui avait prescrit des séances d'ergothérapie. Il ressortait du rapport que le patient avait également présenté des vomissements avec un estomac ballonné due à une gastrite à hélicobacter. Un arrêt de travail à 100% avait été attesté du 4 mai 2020 au 30 septembre 2020 ;
- un rapport du 29 septembre 2020 du Dr C. _____ au SMR, lequel a mentionné qu'en comparaison avec 2015, l'atteinte des mains avait nettement progressé avec des troubles dégénératifs marqués des deux carpes (cf. rapport d'IRM du 14 mai 2020), ce qui le gênait dans toute activité physique et professionnelle. De ce point de vue, bien que l'activité d'installateur-sanitaire était contre-indiquée pour des raisons médicales depuis plusieurs années, l'assuré avait continué à travailler tant bien que mal pour des raisons économiques. Il avait dû à nouveau arrêter cette activité à 100 % depuis le 4 mai 2020. Selon le rhumatologue traitant, il y avait donc objectivement une aggravation des problèmes médicaux depuis 2015. L'activité d'installateur-sanitaire restait définitivement contre-indiquée. Une activité adaptée, légère, épargnant le rachis et les membres, évitant les ports de charges et les efforts de manutention répétée, était théoriquement possible. Compte tenu de l'arthrose des deux mains, le Dr C. _____ a estimé qu'une limitation était également justifiée, même dans une activité adaptée, de l'ordre de 50%, soit 4 heures par jour, sans diminution de rendement.

Par projet de décision du 10 décembre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa demande de prestations du 1^{er} octobre 2020, dès lors qu'une aggravation de son état de santé n'avait pas été rendue vraisemblable depuis la dernière décision.

Le 22 janvier 2021, l'assuré a contesté le projet de décision précité. Par courrier du 25 février 2021 à l'OAI, le Dr C._____ a produit des courriers des 3 novembre 2020 au Dr V._____, spécialiste en neurologie, et 2 février 2021 au Dr P._____, attestant d'un traitement au Cosentyx entraînant une amélioration partielle. Il a en outre mentionné des troubles dégénératifs marqués au niveau des mains et des symptômes de récurrence de tunnel carpien.

Par avis médical du 23 mars 2021, le Dr D._____ a constaté que l'assuré présentait une spondylarthrite ankylosante depuis plusieurs années avec des douleurs du carpe, mais qu'il continuait à travailler dans son activité habituelle d'installateur sanitaire, laquelle n'était absolument pas adaptée et qui engendrait inévitablement des périodes d'incapacités de travail. Les limitations fonctionnelles retenues étaient similaires à celles mentionnées lors de l'examen clinique du SMR. Enfin, il n'était pas expliqué objectivement pourquoi la capacité de travail était uniquement de 50% dans une activité strictement adaptée.

Par décision du 24 mars 2021, dont la motivation figurait dans un courrier séparé portant la même date, l'OAI a confirmé le projet du 10 décembre 2020.

B. Par acte du 24 avril 2021, L._____ a recouru contre la décision du 24 mars 2021 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a allégué que depuis la dernière décision, son état de santé et sa situation financière s'étaient aggravés. Il avait perdu un très grand pourcentage de flexibilité dans les articulations et les vertèbres. Le recourant a toutefois admis qu'il se trouvait dans l'obligation d'essayer de travailler dans son domaine d'activité, car « c'[était] [s]on seul savoir-faire ». Il passait d'une entreprise à l'autre, car il n'arrivait pas à garder un emploi à cause de sa maladie. Il estimait qu'il n'était pas en mesure d'assumer une autre activité, car il ne savait ni lire, ni écrire en français et n'avait pas de connaissance en informatique. Il a en outre indiqué qu'il avait de nombreux frais médicaux afin d'essayer de trouver un traitement. Il se sentait obligé de travailler pour subvenir à ses besoins vitaux. Il a

produit un lot de photos comme moyen de preuve de l'état de ses articulations et d'autres parties de son corps.

Dans sa réponse du 30 juin 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

Le recourant ne s'est pas déterminé plus avant.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant le 27 octobre 2020, singulièrement sur la question de savoir si ce dernier a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision, statuant sur son droit aux prestations, entrée en force.

3. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée

que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

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

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à l'assuré pour produire les pièces pertinentes auxquelles il s'était référé dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et consid. 6).

4. a) En l'occurrence, le recourant a déposé une première demande de prestations auprès de l'OAI, qui a été rejetée par décision du 22 janvier 2016 au motif qu'il ne présentait pas une atteinte à la santé invalidante qui justifiait une incapacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a fait réaliser un examen rhumatologique par le Dr G._____. Dans son rapport du 17 août 2015 faisant suite à un examen clinique du 14 août 2015, le médecin précité a retenu les diagnostics de probable spondylarthrite ankylosante, stabilisée sous traitement anti-inflammatoire (M45) et de synovite du majeur droit, avec un diagnostic différentiel ouvert entre un status post crise de goutte et une arthrose décompensée. Il a estimé que l'examen clinique n'orientait pas vers une spondylarthrite ankylosante active et a conclu que le rhumatisme inflammatoire était stabilisé sous le traitement anti-inflammatoire quotidien pris par l'assuré. Au titre de limitations fonctionnelles, le Dr G._____ a exclu le travail prolongé en ambiance froide ou humide, les travaux de force, le port de charges répétés au-delà de 10 kg et occasionnels au-delà de 15 kg. En retenant le diagnostic de spondylarthrite ankylosante comme probable, ceci en s'appuyant sur les éléments du dossier, le Dr G._____ a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 7 novembre 2013, date du licenciement comme aide installateur sanitaire, activité non exigible au sens de l'Al. Cette activité professionnelle, physiquement modérément, voire très contraignante, était à même de décompenser le rhumatisme inflammatoire et n'était pas indiquée même à temps partiel, dès lors que le recourant en tant qu'employé, ne pouvait pas choisir les travaux à réaliser et pouvant être amené à soulever des charges lourdes ou à effectuer des travaux physiquement très contraignants, susceptibles de décompenser la spondylarthrite.

b) La nouvelle demande de prestations du recourant est fondée sur un rapport que le Dr C._____ a adressé au SMR le 29 septembre 2020 par lequel il a indiqué que l'atteinte des mains avait nettement progressé par rapport à 2015 avec des troubles dégénératifs

marqués des deux carpes, ce qui gênait l'intéressé dans toute activité physique et professionnelle. Contrairement à ce que ce médecin indique, il faut constater que les douleurs aux carpes en lien avec une spondylarthrite et le syndrome du tunnel carpien ne sont pas nouveaux puisqu'ils avaient déjà été pris en compte par le Dr G._____ dans son rapport du 15 août 2015, sur lequel la décision de l'OAI du 22 janvier 2016 était fondée. Le Dr G._____ avait ainsi constaté lors de l'examen articulaire, que l'assuré présentait un défaut d'enroulement de l'index et du majeur, droits, de 1 cm, qu'il présentait une légère tuméfaction de l'interphalangienne proximale de l'index droit avec une synovite, privilégiant notamment une décompensation arthrosique plutôt qu'une spondylarthrite ankylosante. Dans son recours, l'assuré a admis qu'il enchaînait les emplois en qualité d'installateur-sanitaire pour obtenir un revenu, respectivement qu'il persistait à travailler dans l'activité habituelle au lieu de privilégier une activité adaptée, prenant ainsi le risque d'une décompensation inflammatoire nécessitant un traitement médicamenteux plus important avec les effets secondaires y relatifs, ainsi que des périodes d'incapacité de travail, telle qu'attestée par le Dr C._____ pour la période allant du 4 mai au 20 septembre 2020 (cf. rapport du 27 août 2020). Le rapport du Dr C._____ ne permet finalement pas de rendre plausible une aggravation de cette atteinte. Bien qu'il constate, comme le Dr G._____, que l'activité d'installateur sanitaire reste définitivement non exigible car contre-indiquée, il évalue la capacité de travail du recourant dans une activité strictement adaptée à 50% en raison de l'arthrose des mains. Or, sa description des limitations fonctionnelles est analogue à celle du Dr G._____. Par ailleurs, le rapport d'IRM des mains du 14 mai 2020 - réalisée dix jours après le début de l'incapacité de travail attestée - est plutôt neutre (cf. compte-rendu de la permanence SMR du 5 novembre 2020), puisqu'il conclut à l'absence de remaniement érosif/lytique évident et à la présence d'atteinte arthrosique du carpe prédominant à gauche, étant précisé que l'indication à l'IRM était une arthrite de la main droite avec enraidissement MCP 4. Finalement, il convient de retenir que le recourant n'a apporté aucun élément médical objectif permettant de rendre plausible une modification de son état de santé, respectivement de sa capacité de travail.

Les photos produites par le recourant au stade du recours – sans référence de date – ne constituent en outre pas des éléments de preuve probants, susceptibles de rendre plausible une aggravation de la situation sur le plan médical, dès lors que l'intéressé persiste à œuvrer dans une activité d'installateur-sanitaire. Quant à la question de ses connaissances en français à l'écrit et à l'oral, on se limitera à rappeler que le recourant avait décliné, en septembre 2014, la proposition du spécialiste en réinsertion professionnelle de suivre des cours de français (cf. rapport initial du 23 septembre 2014). Finalement, les difficultés financières invoquées par l'intéressé – qu'il ne s'agit au demeurant pas de nier, ni de minimiser – ne permettent pas d'appréhender la situation médicale de manière différente.

c) Par conséquent, en l'absence d'élément médical concret permettant de rendre plausible une péjoration de l'état de santé du recourant susceptible de modifier le droit aux prestations, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations que celui-ci a déposée le 27 octobre 2020.

5. a) Le recours doit dès lors être rejeté.

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, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 24 mars 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 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 :

- L. _____,
 - 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 :