

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 janvier 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Bidiville et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

N. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Asllan Karaj, à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** N. _____ (ci-après: l'assuré), né le [...] 1958, marié et père de cinq enfants, a déposé le 25 août 2004 une demande de prestations AI pour adultes, en raison d'une atteinte à la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.

Dans un avis médical SMR du 13 novembre 2007, le Dr C. _____ a retenu qu'en raison d'une capsulite rétractile douloureuse et serrée post traumatique de l'épaule droite, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité antérieure d'aide-peintre depuis le 14 avril 2003, mais qu'il présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis le 19 août 2005.

Cet avis médical SMR se fondait en particulier sur un rapport d'examen médical final du 19 août 2005 du médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr Z. _____, spécialiste FMH en chirurgie, dont il ressort notamment ce qui suit:

"Actuellement, le patient dit qu'il n'y a pas de grand changement. Il a toujours passablement de douleurs de l'épaule droite, un peu permanentes, aggravées par la mobilisation. Il semble qu'il a relativement peu de douleurs nocturnes, même s'il est parfois réveillé la nuit.

Objectivement, l'épaule droite est souple jusqu'à l'horizontale. Au-delà, la mobilisation serait très douloureuse, donnant lieu à des grimaces et à des gémissements. Elle peut cependant être poursuivie sans difficulté jusqu'à 120°. Les signes du conflit sont ininterprétables. Il est difficile de savoir si la coiffe des rotateurs est compétente en raison de lâchages aux épreuves isométriques. La mobilité active est inchangée, la rotation externe, coudes au corps, reste nulle, seule la rotation interne a très légèrement progressé.

Le tableau clinique reste donc celui d'une capsulite rétractile, relativement douloureuse et serrée qui semble ne plus beaucoup évoluer depuis 1 année.

Il n'y a plus de traitement et on peut certainement considérer que le cas est stabilisé.

En ce qui concerne la capacité de travail, la reprise de l'activité antérieure n'est pas envisageable. Du point de vue médico-théorique, le patient devrait pouvoir travailler en plein dans une

activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi, ou dans une activité de contrôle et de surveillance.

Malheureusement, soulignant qu'il n'a qu'une connaissance rudimentaire du français et qu'il n'a pas de formation particulière, il ne voit pas bien ce qu'il pourrait faire et il ne cherche pas d'emploi, de sorte qu'il est malheureusement probable qu'il opposera des douleurs à tout ce qui lui sera proposé."

b) Le 10 janvier 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a adressé à l'assuré un projet de décision lui octroyant une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2004 au 30 novembre 2005, l'assuré ayant retrouvé une capacité de travail raisonnablement exigible à 100% dans une activité adaptée à compter du 19 août 2005.

L'assuré a contesté ce projet de décision le 11 février 2008, en produisant un rapport médical du 1^{er} février 2008 du Dr K._____, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine générale, dans lequel ce praticien retient le diagnostic d'impotence fonctionnelle quasi-complète et syndrome douloureux de l'épaule droite séquellaires du traumatisme et de l'intervention compliquée d'une capsulite rétractile. A ce rapport étaient joints notamment des rapports du 31 janvier 2006 et du 27 décembre 2006 de ce même médecin, qui faisaient en substance déjà état des mêmes constatations.

c) Le 28 mai 2008, l'assuré a encore produit un rapport médical du Dr K.____ du 30 avril 2008, dont il ressort ce qui suit:

"• Le patient présentant une impotence fonctionnelle quasi-complète et syndrome douloureux chronique de l'épaule droite séquellaires d'un traumatisme et d'une capsulite rétractile séquellaire d'une intervention chirurgicale, sa capacité fonctionnelle est très limitée au membre supérieur droit.

- Impotence du membre supérieur droit, la mobilisation occasionne des douleurs immédiates et également nocturnes.

- Limitation modérée de l'utilisation répétitive du membre supérieur gauche et du tronc qui se répercutent également par des douleurs de l'épaule droite (ceci a été constaté lors d'un stage avec activité mono-manuelle répétitive lors du montage o-ring: au bout d'un certain temps d'activité, les mouvements répétitifs et la mobilisation du haut du corps étaient ressentis douloureusement dans l'épaule droite).

- Douleurs de l'épaule droite se manifestant lors des mouvements des bras effectués lors de marches le patient a trouvé une position antalgique en utilisant une veste avec poche antérieure permettant de fixer quelque peu le membre supérieur droit."

d) Le 9 juin 2008, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il maintenait sa décision telle qu'elle ressortait du projet du 10 janvier 2008 et qu'une décision formelle lui parviendrait prochainement.

Par décision du 10 octobre 2008, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente ordinaire d'invalidité et de rentes pour enfants du 1^{er} avril 2004 au 30 novembre 2005. Cette décision n'a pas été attaquée et est entrée en force.

B. a) Le 30 janvier 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes.

Le 10 février 2009, l'OAI a imparti à l'assuré un délai de 30 jours pour produire un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue, ainsi que le nouveau degré de l'incapacité de travail. Il l'a averti que passé ce délai et sans nouvelles de la part de l'assuré (ou si les éléments qui seraient apportés entre-temps ne renfermaient rien de nouveau), il considérerait que l'assuré n'a pas rendu plausible une modification de son degré d'invalidité et rendrait une décision de non-entrée en matière.

Le 11 mars 2009, l'assuré a prié l'OAI de bien vouloir accepter sa nouvelle demande du 30 janvier 2009, en indiquant que son état de santé se dégradait progressivement, mais sans produire de certificat médical.

b) Le 16 mars 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision refusant d'entrer en matière sur la demande de prestations du 30 janvier 2009, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle.

Par courrier du 30 avril 2009, l'assuré a contesté ce projet de décision, en affirmant que son état de santé se dégradait progressivement et qu'un nouvel examen de son dossier était nécessaire. Il a indiqué avoir pris contact avec le Dr P._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel lui avait fixé rendez-vous le 12 juin 2009.

Par courrier du 7 mai 2009, l'OAI a accusé réception du courrier de l'assuré du 30 avril 2009 et a imparti à celui-ci un délai au 12 juillet 2009 pour lui faire parvenir ses conclusions.

c) Le 30 juin 2009, l'assuré a produit un rapport médical adressé le 12 juin 2009 au Dr K._____ par le Dr P._____, lequel y expose ce qui suit:

"Voici quelques renseignements concernant le patient susnommé examiné en consultation à sa demande et celle de son avocat le 12.6.09.

Diagnostic:

- Syndrome douloureux chronique de la ceinture scapulaire droite.
- Tendinopathie du sus-épineux et arthropathie AC.
- Status après acromioplastie, suture du sus-épineux droit en mai 04

Rappel anamnestique:

Patient de 51 ans, peintre en bâtiment. Ne mentionne pas de problèmes médico-chirurgicaux hormis la problématique de l'épaule droite. N'exerce plus d'activité professionnelle depuis 2003.

Consulte actuellement pour l'épaule droite. Chute sur le gazon le 24.4.03. Prise en charge au Censuy. Evolution défavorable. En mai 04, le Dr J._____ procède à une arthroscopie puis réparation du sus-épineux par arthrotomie avec acromioplastie. Evolution défavorable. Séjour à la CRR et physiothérapie sans amélioration significative (traitement interrompu en 2005 selon les dires du patient).

Actuellement se plaint de douleurs constantes de l'épaule droite, pulsatiles (à l'impression d'avoir un marteau-piqueur dans l'épaule). Irradiation dans la région cervicale et dans l'ensemble du bras. Peu d'amélioration avec la prise de 2 x Irfen et de 2 Tramodine. Se dit handicapé dans la plupart des activités quotidiennes.

A l'examen clinique:

Patient droitier. N'utilise pratiquement pas spontanément son MS droit. Absence de troubles dystrophique cutanés. Cicatrice calme. La trophicité musculaire paraît bonne au niveau du MS droit, en tous les cas au niveau du deltoïde. Activement flexion et abduction limitées à 70° avec douleurs. Rotation externe 10°, rotation interne sacrum. En position couchée les rotations sont pratiquement symétriques mais le patient exerce une résistance. La flexion et l'abduction ne dépassent pas 100°, le patient exerçant une très forte résistance active avec mouvement de retrait et parfois tremblement. Absence de troubles neurovasculaires distaux.

Radiologiquement, le dossier radiologique amené par le patient met en évidence:

- Sur les RX d'août 2003, des signes indirects de pathologie chronique de la coiffe des rotateurs avec des remaniements et des kystes sur le trochiter et des ostéophytes acromiaux.
- Les deux IRM d'avril 03 puis 2004 mettent en évidence une arthropathie AC, une forte tendinopathie du sus-épineux avec un tendon très dégénératif et aminci. Bonne trophicité musculaire.
- Les RX post-opératoires de septembre 04 montrent une ancre en place dans la tête humérale. Pas de troubles dégénératifs gléno-huméraux.

Appréciation:

M. N. _____ se plaint de douleurs chroniques de l'épaule droite entraînant un handicap fonctionnel important. L'examen objectif met en évidence une tendinopathie résiduelle du sus-épineux et une arthropathie AC. Il existe sur le plan orthopédique une certaine discordance entre l'intensité des plaintes et la situation objective.

Par conséquent, la participation de facteurs non-orthopédiques (type syndrome somatoforme douloureux) est vraisemblablement prépondérante actuellement. Je n'ai dans ce contexte pas retenu d'indication à une nouvelle approche chirurgicale. Une évaluation dans un centre des douleurs chroniques pourrait être proposée au patient, pour autant qu'il l'accepte."

c) Dans un avis médical SMR du 17 juillet 2009, le Dr C. _____ expose ce qui suit:

"Assuré de 51 ans aide-peintre avant l'accident du 14 avril 2003 pris en charge par la SUVA. L'exigibilité fixée par le rapport d'examen SMR du 13 novembre 2003 s'aligne sur les conclusions du Dr Z. _____ médecin SUVA. L'exigibilité est de 100% dans une activité adaptée dès le 19 août 2005. Ni la décision AI ni la décision SUVA ne semblent contestées.

Le Dr P. _____ orthopédie CHUV a examiné l'assuré le 12 juin 2009. Il retient comme diagnostics:

- Syndrome douloureux chronique de la ceinture scapulaire droite

- Tendinopathie du sus-épineux et arthropathie AC (acromioclaviculaire)
- Status après acromioplastie, suture du sus-épineux droit en mai 2004

Les douleurs chroniques de l'épaule droite ont été prises en compte dans l'appréciation du Dr Z. _____ SUVA. La participation de facteurs non-orthopédiques retenue par le Dr P. _____ n'est pas source d'empêchements durables au sens de la LAI.

(...)

Il n'y pas de fait nouveau. L'exigibilité est inchangée."

d) Par décision du 23 septembre 2009, l'OAI a rendu une décision identique à son projet de décision du 16 mars 2009. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, il a exposé qu'après avoir soumis au SMR les éléments médicaux que l'assuré lui avait fait parvenir après sa contestation du 30 avril 2009, il constatait qu'il n'y avait pas de faits nouveaux et que l'exigibilité restait inchangée, à savoir une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré; en effet, les douleurs chroniques de l'épaule droite avaient été prises en compte dans l'appréciation et la participation de facteurs non orthopédiques retenue par le Dr P. _____ n'était pas source d'empêchements durables au sens de la loi fédérale sur l'assurance invalidité.

C. a) L'assuré recourt contre cette décision par acte du 19 octobre 2009. Il rappelle que l'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales; les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue; des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien Vallat, La nouvelle demande de prestations AI et les

autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et la référence sous note n° 27).

Or en l'espèce, le recourant signale des douleurs chroniques de l'épaule droite, en particulier nocturnes, avec exacerbation lors de la mobilisation du membre supérieur droit à la marche; les troubles dont il se plaint sont graves et l'évolution apparaît défavorable, comme l'attesteraient les avis médicaux produits (rapport du 12 juin 2009 du Dr P._____ au Dr K._____; rapport du Dr K._____ du 30 avril 2008; courrier du Dr V._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, envoyé à son confrère le 3 février 2006; avis du CHUV du 13 février 2007; rapport médical du CHUV du 4 mai 2007; rapport du 27 décembre 2006 du Dr K._____). A tout le moins, il est constant que son état de santé ne s'améliore pas malgré les multiples traitements suivis, si bien qu'il y aurait lieu de reconnaître l'existence de facteurs déterminants qui, par leur intensité et leur consistance, rendent le recourant incapable de fournir de prestations, même dans une activité adaptée. Le recourant conclut ainsi à l'annulation de la décision attaquée, à un réexamen du droit aux prestations, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et à la mise en œuvre d'une analyse pluridisciplinaire pour évaluer les possibilités d'une réelle réintégration au travail.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 8 décembre 2009, l'OAI rappelle que lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Or en l'espèce, le recourant a déposé une nouvelle demande le 30 janvier 2009, sans présenter de moyens de preuve. Mis au bénéfice de deux prolongations de délai, il a produit un rapport médical du Dr P._____ du 12 juin 2009. Ce rapport, qui reste au demeurant muet quant à la capacité de travail de l'assuré et à ses

limitations fonctionnelles, est manifestement insuffisant pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré. L'OAI indique ainsi qu'il ne peut que confirmer sa décision de refus d'entrer en matière du 23 septembre 2009 et qu'il préavise par conséquent pour le rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), la valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus d'entrer en matière sur une demande tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'office intimé était fondé à rendre une décision de non-entrée en matière pour le motif que dans le cadre de sa nouvelle demande, l'assuré n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 10 octobre 2008 lui octroyant une rente d'invalidité limitée au 30 novembre 2005.

3. a) Selon l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (ci-après: RAI), dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004 (RO 2004 743), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision 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 (ATF 130 V 64, consid. 5.2.3; 117 V 198, consid. 4b; 109 V 108, consid. 2a; TFA I 597/05 du 8 janvier 2007, consid. 2). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit 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 autres investigations par un refus d'entrée en matière (TF I 597/05 du 8 janvier 2007; TFA I 187/05 du 11 mai 2006, consid. 1.1; I 600/05 du 29 novembre 2006, consid. 4; ATF 109 V 108, consid. 2b).

b) Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195, consid. 2; 122 V 158, consid. 1a, et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'en égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, 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. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64, consid. 5.2.5; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.2; I 67/02 du 2 décembre 2002, consid. 4).

c) En l'espèce, l'OAI a respecté la procédure décrite ci-dessus en invitant le recourant à produire un rapport médical détaillé – précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue, ainsi que le nouveau degré de l'incapacité de travail – et en l'avertissant qu'elle n'entrerait pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne rendrait pas plausible une aggravation de son état de santé (cf. lettre B.a supra). Le recourant a finalement produit un rapport médical du

12 juin 2009 du Dr P._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. C'est ainsi à la lumière de ce rapport médical qu'il convient d'examiner si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis le moment où l'OAI avait rendu sa première décision du 10 octobre 2008. En effet, les autres rapports médicaux cités par le recourant dans son mémoire de recours (cf. lettre C.a supra) ont tous été versés au dossier AI avant que l'intimé rende sa première décision du 10 octobre 2008 et sont de ce fait manifestement impropres à rendre plausible une modification des faits déterminants postérieurement à cette décision.

Or, le rapport du Dr P._____ du 12 juin 2009 ne rend pas plausible une modification des faits déterminants dans le sens d'une aggravation de l'état de santé du recourant postérieurement à la décision du 10 octobre 2008. Le tableau clinique est globalement superposable à celui qui ressort du rapport médical du 19 août 2005 du Dr Z._____, médecin d'arrondissement de la CNA, spécialiste FMH en chirurgie, sur lequel l'OAI s'était fondé, dans le cadre de la procédure qui a abouti à la décision du 10 octobre 2008, pour retenir que le recourant présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis le 19 août 2005 (cf. lettre A.a supra). Les douleurs chroniques de l'épaule droite dont fait état le Dr P._____ - tout comme d'ailleurs la discordance entre l'intensité des plaintes et la situation objective - avaient déjà été décrites par le Dr Z._____, qui les avait prises en comptes dans son appréciation, comme le relève à juste titre le Dr C._____ dans son avis médical SMR du 17 juillet 2009 (cf. lettre B.c supra). En outre, le syndrome douloureux chronique de la ceinture scapulaire droite était déjà évoqué, et décrit comme étant d'une intensité supérieure, dans les rapports médicaux des 31 janvier 2006, 27 décembre 2006 et 30 avril 2008 du Dr K._____, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine générale (cf. lettres A.b et A.c supra). Au demeurant, le Dr P._____ - qui ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant - n'indique nullement que le syndrome douloureux chronique constaté serait apparu ou se serait aggravé depuis la première décision de l'OAI. En somme, à la différence de tous les autres médecins, seul le médecin traitant considère que le recourant présente

une impotence pratiquement complète de son membre supérieur droit. Il convient par ailleurs de remarquer que cette appréciation du médecin traitant est uniquement basée sur des renseignements fournis par le recourant et non sur des éléments médicaux objectifs.

Dans ces conditions, force est de constater que le recourant n'a pas rendu plausible, dans le cadre de sa nouvelle demande, une aggravation de son état de santé depuis la décision du 10 octobre 2008, qu'il n'avait pas attaquée et qui est ainsi entrée en force. Le fait, invoqué dans son mémoire de recours (cf. lettre C.a supra) que son état ne s'améliore pas malgré les multiples traitements suivis, apparaît d'emblée non pertinent dans le cadre de l'art. 87 al. 3 RAI.

4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté sans autre mesure d'instruction, selon la procédure de l'art. 82 LPA-VD (applicable par analogie au recours au Tribunal cantonal en vertu de l'art. 99 LPA-VD), ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 23 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant N._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- Asllan Karaj (pour N._____),
- 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).

Le greffier: