

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 mai 2012

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :       Mme Di Ferro Demierre et M. Merz  
Greffière :       Mme Pradervand

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par l'Association Suisse des Assurés, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7 et 8 LPGA; 8 et 28 al. 2 LAI; 87 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** D.\_\_\_\_\_, né en [...], a travaillé en dernier lieu comme employé d'expéditions chez O.\_\_\_\_\_SA à [...]. En incapacité de travail depuis le 13 décembre 2003, il a été licencié pour le 31 mai 2004 en raison de ses nombreuses absences.

Selon déclaration d'accident LAA du 21 septembre 2004, l'assuré a perdu l'équilibre alors qu'il circulait à vélo sur une route de campagne le 4 août 2004 vers 15h30 et s'est fracturé le poignet droit. Le même jour, il a bénéficié de la mise en place d'un fixateur externe pour une fracture type Volar Barton du poignet droit (cf. protocole opératoire du 5 août 2008 des Drs C.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecins chefs à l'Hôpital F.\_\_\_\_\_). Il a encore subi le 5 août 2004 une aponévrotomie antébrachiale antérieure et une décompression chirurgicale du nerf médian au poignet droit, ainsi que la fermeture secondaire de la plaie le 9 août 2004, séjournant du 4 au 11 août 2004 auprès du Service d'Orthopédie de l'Hôpital F.\_\_\_\_\_ (cf. avis de sortie du 20 août 2004).

Le 23 mai 2005, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle, de reclassement dans une nouvelle profession et de mesures de placement, en faisant état de douleurs dorsales diffuses.

Dans son rapport médical à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) du 20 juin 2005, le Dr Z.\_\_\_\_\_, chiropraticien, a diagnostiqué des rachialgies existant depuis 1999, estimant que son patient pourrait encore exercer une activité à raison de quatre heures par jour, sans port de charges.

Par son rapport médical du 29 août 2005 à l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a lui aussi retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de rachialgies, existant depuis septembre 1999. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un status post fracture de type Volar Barton du radius distal droit avec complication (syndrome du nerf médian droit aigu et un syndrome des loges), depuis août 2004.

Mandaté par E.\_\_\_\_\_, assureur maladie perte de gain, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a établi un rapport d'expertise le 3 octobre 2005, à la suite d'un examen du 28 septembre 2005. Ce médecin a posé le diagnostic de lombalgies communes et a noté que l'examen clinique et radiologique ne montrait aucune anomalie notable. Il était d'avis qu'une incapacité de travail existait dans l'activité habituelle mais qu'une autre activité était possible.

Le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a effectué sur requête de l'OAI une expertise médicale de l'assuré, qu'il a examiné le 13 décembre 2005. Dans son rapport d'expertise médicale du 14 décembre 2005, ce spécialiste a posé les diagnostics de rachialgies communes et de séquelles de maladie de Scheuermann. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière et que le pronostic rhumatologique était excellent, quand bien même il était plus réservé en raison de l'intensité de la symptomatologie douloureuse et du retentissement de cette dernière sur le fonctionnement de l'intéressé. Pour le Dr B.\_\_\_\_\_, la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales, ni par des mesures d'ordre professionnel. Ce médecin n'avait en outre aucune restriction rhumatologique à la reprise de l'activité professionnelle antérieure. Dans l'anamnèse de l'assuré, le Dr B.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué «Fracture de type Volar Barton du radius distal droit le 4 août 2004».

Par décision du 28 février 2006, confirmée sur opposition le 18 octobre 2007, l'OAI a nié à l'assuré le droit à des prestations de l'AI, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_.

**b)** L'assuré a recouru contre cette décision le 30 octobre 2007. La Cour des assurances sociales a rejeté son recours et a confirmé la décision attaquée par arrêt du 11 février 2009 (cause AI 427/07 - 76/2009). Elle a retenu en substance que l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ était plus complète que celle du Dr X. \_\_\_\_\_, ce dernier s'étant prononcé dans le cadre des indemnités journalières perte de gain, pour une période déterminée, de sorte que son appréciation n'avait qu'une valeur relative. L'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ était quant à elle plus complète tant au niveau de la description des affections actuelles, de l'anamnèse, des constatations objectives, que de celui de l'appréciation de la capacité de travail et de la motivation des conclusions, conduisant à lui reconnaître une pleine valeur probante. Le droit au reclassement était par ailleurs nié, au motif que le degré d'invalidité de l'assuré était inférieur à 20%.

**B.** Le 16 février 2011, la Dresse J. \_\_\_\_\_, médecin assistante des Sites [...] des Etablissements Hospitaliers I. \_\_\_\_\_, a fait parvenir un rapport médical à l'OAI dans lequel elle a diagnostiqué une fracture du radius distal droit en 2004 traitée par fixateur externe, compliquée par un syndrome de loge et suivie d'un Sudeck. L'assuré présentait actuellement une récurrence des douleurs du poignet, diffuses, à la suite d'une reprise de travail en tant que charpentier. Cette médecin relevait que les RX étaient sans changement pas rapport aux derniers RX, notant au status une limitation des amplitudes. Elle proposait dès lors une reconversion professionnelle, au motif que le status était non améliorabile par la prise en charge orthopédique. Etaient joints à cet envoi les protocoles opératoires des médecins du Service d'orthopédie de l'Hôpital F. \_\_\_\_\_ d'août 2004, ainsi que deux rapports de radiologie du poignet droit face et profil des 22 septembre et 13 octobre 2004.

Le 23 février 2011, l'assuré a formellement déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes, en mentionnant quant au genre de l'atteinte: «Fracture type Volar Barton radius distal droit. Complication: syndrome du nerf médian droit aigu avec un syndrome des loges», existant depuis le 4 août 2004. Il a joint à son envoi un certificat

médical du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en acupuncture, attestant une incapacité de travail totale du 21 février au 31 mars 2011.

Le 1<sup>er</sup> mars 2011, l'OAI a adressé un courrier à l'assuré aux termes duquel il lui faisait savoir que dans la mesure où le droit aux prestations qu'il sollicitait avait déjà fait l'objet d'une décision de refus, il lui incombait de rendre plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de trente jours lui était dès lors imparti pour produire à ses frais un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de son état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue, le nouveau degré de son incapacité de travail et le pronostic, ainsi que tous autres renseignements utiles. L'assuré était rendu attentif au fait que passé ce délai, l'OAI devrait considérer qu'il n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et une décision de non entrée en matière lui serait notifiée.

Le 10 mars 2011, l'assuré a fait parvenir à l'OAI le rapport de radiologie du 6 août 2004 faisant état d'une fracture intra-articulaire du radius distal, un courrier du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 1<sup>er</sup> décembre 2004 selon lequel il souffrait d'une limitation fonctionnelle encore bien douloureuse du poignet droit, le rapport de radiologie du poignet droit du 12 août 2004, et l'avis de sortie du 20 août 2004.

L'OAI a accusé réception de la demande de prestations et des pièces produites par l'assuré le 14 mars 2011, en indiquant qu'il examinerait dans un premier lieu si une réinsertion dans une activité adaptée à son état de santé était possible.

L'OAI a sollicité un rapport médical du Dr N.\_\_\_\_\_, que ce dernier lui a adressé le 27 mai 2011. Ce médecin y a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de fracture du radius distal droit depuis 2004. Il précisait que des douleurs étaient réapparues à la suite de

la reprise d'un travail de charpentier. Il a joint à cet envoi le rapport médical de la Dresse J. \_\_\_\_\_ du 16 février 2011.

Selon certificat médical du Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin assistant des Sites [...] des Etablissements Hospitaliers I. \_\_\_\_\_, du 6 juin 2011, l'assuré présentait dès cette date et pour un mois une incapacité de travail à 100%, à réévaluer.

Par avis médical du 22 juin 2011, le Dr G. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a relevé après avoir examiné le rapport médical de la Dresse J. \_\_\_\_\_ du 16 février 2011 ainsi que celui du Dr N. \_\_\_\_\_ du 27 mai 2011 que les éléments médicaux apportés dans le cadre de la plainte alléguée par l'assuré n'avaient pas à son sens de valeur probante suffisante pour démontrer l'aggravation de son état de santé: le status était bien trop incomplet, les amplitudes articulaires n'avaient pas été mesurées; il n'y avait pas non plus d'éléments radiologiques nouveaux qui puissent expliquer les douleurs, aucun diagnostic n'ayant été discuté chez l'assuré. Le seul élément mis en avant était la symptomatologie douloureuse, élément hautement subjectif. Les derniers certificats médicaux produits ne lui permettaient dès lors pas de s'éloigner des conclusions de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_.

Le 27 juin 2011, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel il préavisait en faveur d'un refus d'entrer en matière, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

Le 6 juillet 2011, le Dr A \_\_\_\_\_, médecin assistant des Sites [...] des Etablissements Hospitaliers I. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un certificat médical selon lequel l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% d'une durée de deux semaines à compter du 6 juillet 2011.

Par courrier du 7 juillet 2011, l'OAI a fait savoir à l'assuré que le SMR considérait qu'aucun élément nouveau et pertinent ne permettait d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. Néanmoins, l'OAI lui proposait de lui apporter des détails, notamment un diagnostic détaillé, des limitations fonctionnelles précises, la capacité de travail exacte dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, afin de contester le préavis du 27 juin 2011, précisant encore que cette contestation devait intervenir d'ici au 5 septembre 2011.

Par lettre du 19 juillet 2011, l'assuré a fait part à l'OAI de son étonnement à la suite de sa correspondance du 7 juillet 2011; il a en outre produit un certificat médical du 18 juillet 2011 selon lequel il était en incapacité de travail à 100% depuis cette date, durant un mois.

L'OAI a accusé réception de l'écriture de l'assuré le 22 juillet 2011, et lui a accordé un nouveau délai au 15 septembre 2011 pour lui apporter un certificat médical complémentaire précisant le diagnostic détaillé, les limitations fonctionnelles précises, ainsi que la capacité de travail exacte dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le 22 juillet 2011, les Drs V. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ ont adressé un rapport médical à l'OAI, à la teneur suivante :

«Nous avons revu récemment en consultation Monsieur D. \_\_\_\_\_, patient que nous avons traité en 2004 pour une fracture intra-articulaire du radius distal droit. Il nous consulte après plus de six ans car il a depuis peu tenté de reprendre une activité professionnelle comme ferblantier-couvreur et présente depuis la reprise du travail des douleurs de son poignet droit, survenant lors de certains mouvements et port de charge. M. D. \_\_\_\_\_ nous rapporte avoir fait une demande de reconversion professionnelle qui, selon votre courrier daté du 7 juillet 2011, a été refusée. Il nous reconsulte donc pour avis orthopédique.

L'accident de 2004 avait occasionné une fracture intra-articulaire du radius distal droit, ayant nécessité la mise en place d'un fixateur externe et qui avait été compliquée d'un syndrome de compression du nerf médian avec syndrome des loges, opéré en urgence. L'évolution a ensuite été marquée par un syndrome de Sudeck, pris en charge par le Dr P. \_\_\_\_\_ à Clarens.

Sur le plan anamnestique, le patient se plaint de douleurs importantes du poignet droit, survenant au mouvement et à type plutôt mécanique.

Sur le plan clinique, nous retrouvons au status une sensibilité à la palpation du radius distal, une force de serrage diminuée par rapport au côté opposé, une flexion palmaire à 45°, une flexion dorsale à 50°, une inclinaison ulnaire à 15°, une inclinaison radiale à 20°. On ne retrouve pas de trouble sensitif ni d'œdème ou de dyscoloration cutanée.

Sur le plan radiologique, on retrouve les séquelles de la fracture, sans signe d'ostéopénie, ni d'arthrose évidente.

Au vu du métier exercé par le patient, du type de fracture et des douleurs encore présentes, une reconversion professionnelle devrait être envisagée.».

Le 19 août 2011, l'assuré a adressé à l'OAI un certificat de la Dresse J. \_\_\_\_\_ attestant d'une incapacité de travail totale du 18 août au 18 septembre 2011.

L'OAI a soumis le cas de l'assuré au SMR. Dans son avis médical du 29 août 2011, le Dr G. \_\_\_\_\_ a observé que le Dr B. \_\_\_\_\_ avait retenu à l'occasion de son expertise du 14 décembre 2005 une restriction des amplitudes articulaires en flexion/extension et inclinaison radio-cubitale du poignet. La flexion palmaire était alors à 45°, l'extension dorsale à 45°, l'inclinaison radiale 25° et l'inclinaison ulnaire 25°. Il existait alors une discrète sensibilité au niveau du carpe, la mobilité des doigts était complète et indolore, et la force de préhension normale. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a relevé que la mobilité articulaire constatée par les spécialistes consultés par l'assuré était quasi-superposable à celle attestée par le Dr B. \_\_\_\_\_: flexion palmaire à 45°, flexion dorsale à 50°, inclinaison ulnaire à 15° et inclinaison radiale à 20° (toutes très proches de la normale). Il n'y avait pas de troubles sensitifs, pas d'œdèmes ni de dyscoloration cutanée. Le Dr G. \_\_\_\_\_ concluait que les éléments médicaux apportés par les deux spécialistes permettaient de définir deux limitations fonctionnelles: pas de port de charges répétitifs du membre supérieur droit et éviter les mouvements forcés du poignet droit. Ces limitations fonctionnelles, si elles contre-indiquaient la pratique de certains métiers, ne remettaient pas en question l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ et la capacité de travail de l'assuré demeurait entière dans une activité les respectant.

Par décision du 6 septembre 2011, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré. Selon procédure d'audition du même jour qui y était jointe, l'OAI a relevé que l'assuré contestait d'une part qu'il n'ait selon lui pas été tenu compte dans le cadre de l'instruction de sa précédente demande du status après réduction de fracture du poignet droit (août 2004) et des douleurs y relatives, pour lesquelles il avait consulté en février 2011. L'OAI a rappelé à l'assuré qu'il avait été examiné en décembre 2005 par le Dr B.\_\_\_\_\_, et que le rapport de la Policlinique T.\_\_\_\_\_ dans lequel les spécialistes mentionnaient des douleurs survenant lors de certains mouvements et port de charges faisait état d'une mobilité articulaire quasi-superposable à celle attestée en son temps par le Dr B.\_\_\_\_\_. Il en déduisait que l'aggravation n'était pas démontrée, les douleurs dont il faisait état constituant un élément hautement subjectif. L'OAI notait encore ce qui suit :

«Tout au plus, pouvons-nous admettre de retenir les limitations fonctionnelles suivantes: port de charges répétitifs et mouvements forcés du poignet droit, ce qui contre-indiquerait les travaux de force. Toutefois, dans une activité adaptée – telle que celle que vous avez exercée en dernier (employé d'expédition avec fonction d'adjoint du responsable de service et selon le cahier des charges décrit par votre ancien employeur), votre capacité de travail et de gain est toujours entière.

Cela serait également le cas dans toute activité industrielle légère, ne demandant aucune qualification particulière, que vous pourriez exercer avec ou sans l'aide de l'AI et qui – tout en étant parfaitement à votre portée – pourrait vous procurer un revenu au moins équivalent à celui que vous réalisiez dans le passé.».

**C.** Par acte du 27 septembre 2011, D.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. En substance, il fait valoir qu'il a droit à une réinsertion professionnelle compte tenu de ses problèmes au poignet droit, expliquant qu'il est à l'arrêt de travail depuis six ans, et qu'il n'a pas de CFC et ne pourra dès lors pas retrouver un travail du type de celui qu'il exerçait par le passé.

Par courrier du 19 octobre 2011, le recourant, désormais assisté d'un avocat, a rappelé que le litige portait sur le point de savoir si son état de santé s'était aggravé depuis le 11 février 2009, date du jugement rendu par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, à tout le moins depuis le 18 octobre 2007, date de la décision sur opposition rendue par l'intimé. Il a en outre précisé ses conclusions en ce sens qu'elles tendaient à la réforme de la décision attaquée, c'est-à-dire qu'il soit entré en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

Le 1<sup>er</sup> novembre 2011, le juge instructeur de la Cour des assurances sociales a octroyé l'assistance judiciaire au recourant, qui a été exonéré d'avances.

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> décembre 2011, l'OAI propose le rejet du recours.

Le 9 décembre 2011, le recourant a confirmé ses conclusions.

### **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 en principe à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 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 sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) 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 est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** Saisi d'un recours contre une décision prise par un assureur social, 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 p. 417, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le recourant a rendu plausible l'existence d'une aggravation de son état de santé de nature à modifier son droit aux prestations d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une telle aggravation et d'une incapacité de gain corrélative depuis la décision sur opposition du 18 octobre 2007, confirmée par arrêt de la Casso du 11 février 2009 (cause AI 427/07 – 76/2009).

**3. a)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la 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. 3 et 4 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201] tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écartier 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 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b).

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; TF I 716/03 du 9 août 2004, consid. 4.1).

**b)** 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. 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. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2).

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108, 130 V 75 consid. 3.2).

**4. a)** Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel: orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C\_818/2007 du 11 novembre 2008, consid. 2.2; 8C\_36/2009 du 15 avril 2009, consid. 4).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C\_519/2008 du 10 mars

2009, consid. 2.1; I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3; I 778/05 du 11 janvier 2007, consid. 6.1).

**c)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

**5.** En l'occurrence, le point de savoir s'il y a lieu de considérer que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 23 février 2011 par le recourant – malgré l'intitulé de sa décision du 6 septembre 2011 (refus d'entrer en matière) – souffre de demeurer indécis dès lors qu'ainsi qu'on le verra, l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié dans une mesure propre à justifier une modification de ses prestations AI.

**a)** Pour statuer sur les prétentions du recourant dans le cadre de la première procédure AI, l'office intimé s'est essentiellement fondé sur le rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ du 14 décembre 2005, selon lequel la capacité de travail du recourant était entière. Les diagnostics posés par

l'expert étaient ceux de rachialgies communes et de séquelles de maladie de Scheurmann. Par décision du 18 octobre 2007, l'OAI a nié au recourant le droit à des prestations de l'AI, sur la base de cette expertise. Dans son arrêt du 11 février 2009, la Casso a confirmé l'appréciation de l'OAI, retenant que l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ était plus complète que celle du Dr X. \_\_\_\_\_, tant au niveau de la description des affections actuelles, de l'anamnèse, des constatations objectives, que de celui de l'appréciation de la capacité de travail et de la motivation des conclusions, conduisant à lui reconnaître une pleine valeur probante.

**b)** Se fondant sur les certificats médicaux produits, ainsi que sur le rapport médical de la Dresse J. \_\_\_\_\_ du 16 février 2011, celui du Dr N. \_\_\_\_\_ du 27 mai 2011 et celui du 22 juillet 2011 des Drs V. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, le recourant soutient qu'il présente une aggravation de son état de santé qui justifie qu'il bénéficie de mesures de réinsertion de l'AI.

Les rapports médicaux susmentionnés ont été examinés par le SMR. Ainsi le Dr G. \_\_\_\_\_ a constaté par avis médical du 22 juin 2011 que les rapports médicaux des Drs J. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ ne permettaient pas de démontrer l'aggravation de l'état de santé du recourant. Le status était incomplet, les amplitudes articulaires n'avaient pas été mesurées et il n'y avait pas d'éléments radiologiques nouveaux. Le seul élément mis en avant était une symptomatologie douloureuse, élément qui est subjectif. Quant au rapport médical des Drs V. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ du 22 juillet 2011, il a également été soumis au Dr G. \_\_\_\_\_. Il est exact que ce rapport faisait quant à lui mention des amplitudes articulaires, contrairement aux rapports précédents. Cela étant, il apparaît que lesdites amplitudes étaient quasi-superposables à celles relevées en décembre 2005 par le Dr B. \_\_\_\_\_ (la flexion palmaire était alors à 45°, l'extension dorsale à 45°, l'inclinaison radiale à 25° et l'inclinaison ulnaire à 25°; selon l'examen des Drs V. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, la flexion palmaire était à 45°, la flexion dorsale à 50°, l'inclinaison ulnaire 15° et l'inclinaison radiale 20°, soit, selon le Dr G. \_\_\_\_\_ «toutes très proches de la normale»). En outre, il n'y avait pas de troubles sensitifs, pas d'oedèmes ni de dyscoloration cutanée. Quant à l'imagerie, elle montrait les séquelles de la fracture,

sans signes d'arthrose ni d'ostéopénie. Finalement, selon le Dr G.\_\_\_\_\_, seules deux limitations fonctionnelles étaient apparues depuis le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_: pas de port de charges répétitif du membre supérieur droit et éviter les mouvements forcés du poignet droit. Or il convient d'admettre avec le SMR que ces limitations fonctionnelles, si elles contre-indiquent la pratique de certains métiers, ne remettent pas en question l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_, ni le fait que la capacité de travail du recourant demeure entière dans une activité les respectant. A cet égard, l'intimé note dans la procédure d'audition faisant partie intégrante de la décision attaquée que dans une activité adaptée - telle que celle que le recourant a exercée en dernier lieu -, la capacité de travail et de gain est toujours entière. Certes le recourant fait valoir qu'il ne sera pas en mesure de retrouver une activité du même type, faute de CFC notamment. Or l'intimé retient également que le recourant pourrait exercer toute activité industrielle légère, ne demandant aucune qualification particulière, qu'il pourrait exercer avec ou sans l'aide de l'AI et qui - tout en étant à sa portée - pourrait lui procurer un revenu au moins équivalent à celui qu'il réalisait par le passé.

Finalement, la seule aggravation objective mise en évidence porte sur les deux limitations fonctionnelles posées par le Dr G.\_\_\_\_\_ du SMR, lesquelles n'entravent toutefois pas la capacité de travail du recourant dans l'ancienne activité d'employé d'expédition, pas plus que dans toute activité industrielle légère. Pour le reste, les constats des Drs J.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ sont pour l'essentiel les mêmes que ceux du Dr B.\_\_\_\_\_. Ce spécialiste faisait du reste déjà état dans son rapport d'expertise de décembre 2005 de ce que le pronostic était réservé en raison de l'intensité de la symptomatologie douloureuse. Finalement, les atteintes mentionnées dans le cadre de la nouvelle demande avaient déjà été largement diagnostiquées par les médecins invités à se prononcer lors de la première procédure administrative qui a donné lieu à la décision du 18 octobre 2007.

Il convient ainsi de constater que le dossier de la cause ne renferme aucun avis médical pertinent susceptible de mettre en doute les

observations du Dr B. \_\_\_\_\_ ainsi que l'appréciation du SMR dans le cadre de la deuxième demande. C'est encore le lieu d'observer que les médecins qui se sont exprimés dans le cadre de la seconde demande de prestations ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail. Ils se contentent par ailleurs de mentionner une atteinte (au poignet droit) antérieure à la décision sur opposition du 18 octobre 2007, en évoquant finalement uniquement une aggravation des douleurs, sans avancer d'élément nouveau pertinent dont l'expert B. \_\_\_\_\_ n'aurait pas tenu compte.

Il en résulte qu'entre la décision sur opposition du 18 octobre 2007 (confirmée par la Casso le 11 février 2009) et la décision litigieuse du 6 septembre 2011, l'état de santé physique de l'assuré n'a pas connu de changement notable propre à influencer le degré d'invalidité.

**6. a)** Par conséquent, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

**b)** La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires 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. Celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, le recourant a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire - s'agissant uniquement de l'exonération de l'avance des frais judiciaires -, laquelle a été octroyée par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2011. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être

arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGGA).

**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 6 septembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- 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 mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Association Suisse des Assurés (pour M. D. \_\_\_\_\_),
- 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 :