

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 décembre 2016

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
Mme Berberat et M. Piguet, juges  
Greffier : M. Grob

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** O. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, ressortissant bosniaque au bénéfice d'un permis C travaillant comme soudeur, a déposé une demande de prestations le 11 novembre 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir depuis fin 2013 d'arthrose cervicale et à l'épaule, ainsi que d'un syndrome d'apnées du sommeil sévère depuis octobre 2014.

Dans un rapport à l'OAI du 21 novembre 2014, le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin praticien traitant l'assuré depuis 2003, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail de son patient, de douleurs à l'épaule droite, de cervicalgies, de lombalgies sur arthrose importante, de céphalées et de syndrome d'apnées du sommeil appareillé. Il a exposé que le problème de douleurs au rachis cervico-lombaire et à l'épaule droite avec céphalées sur arthrose sévère était présent depuis 2003 malgré la physiothérapie et des infiltrations de l'épaule. Il a attesté une incapacité de travail totale de l'intéressé depuis le 31 mars 2014 dans sa dernière activité de soudeur, énumérant comme restrictions des difficultés à effectuer des travaux physiques à cause des douleurs articulaires et des céphalées. En annexe à ce document, figuraient notamment :

- un rapport du 13 octobre 2014 de la Dresse N. \_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie et en médecine interne générale, qui a posé les diagnostics de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré sévère, d'hypertension artérielle et d'obésité, discutant le cas en ces termes :

« **Discussion :** De par l'anamnèse, l'examen clinique et la polygraphie respiratoire, je retiens le diagnostic d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré sévère. Le patient étant symptomatique, il a d'emblée été équipé d'un auto CPAP [ndr. appareillage par système de ventilation à pression positive continue] auquel il s'est bien habitué. L'emploi moyen dépasse actuellement les 6h par nuit, permettant la normalisation de l'index d'apnées-hypopnées.

Ce traitement étant efficace et adéquat, il a été prescrit. » ;

- un rapport du 12 novembre 2014 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, indiquant qu'il existait surtout chez l'assuré, patient difficile à examiner et collaborant moyennement, des signes discordants tant sur le plan sensitif que moteur et qu'objectivement, il ne trouvait rien de particulier tant sur le plan central que périphérique.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2014 à l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail de l'assuré, d'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire droite. Il a exposé n'avoir vu l'intéressé qu'une seule fois le 1<sup>er</sup> septembre 2014 pour une infiltration et que le problème était tout à fait banal et traitable, précisant que le patient était apte à reprendre son activité de soudeur. En annexe à ce document, figurait le rapport de sa consultation du 1<sup>er</sup> septembre 2014, dans lequel ce praticien avait indiqué qu'après l'infiltration de l'articulation acromio-claviculaire, la douleur s'était améliorée de 60 à 70% selon les dires de l'assuré, l'articulation n'étant plus douloureuse à la palpation. Il avait par ailleurs relevé ce qui suit :

« **Appréciation et attitudes:** l'examen clinique confirme que c'est probablement l'articulation acromio-claviculaire qui est principalement responsable de la douleur. Le rapport du radiologue est à part ceci tout à fait compatible avec mon examen clinique. Dans ce groupe d'âge il y a fréquemment des hétérogénéités du signal au niveau du tendon du sus-épineux sans que ceci ait une pertinence. Cliniquement je n'ai pas non plus l'impression d'une lésion tendineuse. La mobilité de l'épaule devient presque normale après infiltration. Une partie des douleurs a son origine en dehors de l'articulation acromio-claviculaire. Les possibilités sont la colonne cervicale ou éventuellement une aggravation. En tout cas j'ai l'impression que le patient n'est pas extrêmement motivé à reprendre le travail. Il a perdu son poste entre temps et ça va être très difficile déjà de retrouver quelque chose. J'espère que le problème de l'épaule sera traité avec l'infiltration, pour l'instant je n'ai pas insisté pour voir les images. Si par contre l'infiltration devait s'avérer comme un échec, on va gentilleme(n)t (sic) vers une éventuelle résection de l'articulation acromio-claviculaire et là j'aurais besoin de voir les images. » ;

L'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (SMR). Dans un rapport du 29 mai 2015, la Dresse T.\_\_\_\_\_,

médecin praticien au sein de ce service, n'a retenu aucune atteinte principale à la santé de l'intéressé, mentionnant comme pathologies associées une arthrose acromio-claviculaire, des cervicalgies, des céphalées et un syndrome d'apnées du sommeil appareillé. Elle a retenu une incapacité de travail totale du 31 mars au 1<sup>er</sup> septembre 2014 et a indiqué que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Elle a explicité son avis en ces termes :

« La demande est soutenue par le RM [rapport médical] du Dr R.\_\_\_\_\_, généraliste, qui annonce des cervicalgies et des lombalgies sur arthrose, des douleurs de l'épaule D [droite], des céphalées et un syndrome d'apnée[s] du sommeil appareillé. L'assuré est en IT [incapacité de travail] totale depuis mars 2014. Il ne se prononce pas sur une capacité de travail dans une activité adaptée.

La Dresse N.\_\_\_\_\_, pneumologue, RM du 13.10.2014, confirme le syndrome d'apnée[s] du sommeil sévère ; l'assuré a été appareillé avec un bon résultat. Ce diagnostic n'est pas incapacitant.

Le Dr L.\_\_\_\_\_, neurologue, (RM du 12.11.2014) a examiné l'assuré pour l'apparition de paresthésies de la main D, puis de crises vertigineuses rotatoires avec vomissements, puis de céphalées, et finalement de lombalgies s'accompagnant de douleurs du membre inférieur D sans topographie précise. On apprend qu'une IRM [imagerie par résonance magnétique] cervicale a été réalisée en juin 2014 qui a permis d'exclure une pathologie discale et que l'IRM cervicale du 30.06.2014 est sans particularité. Ce spécialiste relève des incohérences (hémisyndrome sensitif D intéressant le crâne, la face et tout l'hémi corps D) et un status neurologique complet normal chez un assuré modérément collaborant.

Le Dr C.\_\_\_\_\_, orthopédiste, a examiné l'assuré en date du 01.09.2014 pour une arthrose acromio-claviculaire D. Ce spécialiste relève le manque de collaboration de l'assuré et des résultats de tests incohérents (sic) avec les plaintes alléguées par l'assuré (force conservée, manœuvre de job normale). Une infiltration est pratiquée avec un soulagement immédiat aux dires de l'assuré. Selon le Dr C.\_\_\_\_\_, l'origine de la douleur est articulaire et non liée à une atteinte tendineuse de la coiffe des rotateurs comme pouvait le laisser entendre l'imagerie de mars 2014. Dans son rapport du 01.12.2014, le Dr C.\_\_\_\_\_ n'a plus revu l'assuré, selon lui, l'atteinte est banale et ne nécessite pas d'IT même dans l'activité habituelle de soudeur.

Conclusion : les informations médicales à disposition dans la GED ne mettent pas en évidence de pathologie incapacitante au sens de l'Al. Nous retiendrons une IT transitoire pour l'arthrose acromio-claviculaire du 31.03.2014 au 01.09.2014, date de la consultation chez le Dr C.\_\_\_\_\_ avec une infiltration efficace. ».

Par décision du 14 juillet 2015, confirmant intégralement un projet rendu le 4 juin 2015, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations en faveur de l'assuré, selon la motivation suivante :

**« Résultat de nos constatations :**

Vous présentez une incapacité de travail depuis le 31 mars 2014 (début du délai d'attente d'une année), qui est justifiée jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2014, soit au moment de l'infiltration pratiquée par votre orthopédiste.

En effet, au-delà de cette date, une pleine capacité de travail vous est reconnue y compris dans votre activité habituelle de soudeur.

Les troubles dont vous faites état ne résultent pas d'une atteinte invalidante au sens de l'AI, et de ce fait, ne sont pas constitutifs d'invalidité.

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

Le droit aux prestations AI doit vous être nié. ».

**B.** Le 7 décembre 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir d'arthrose, de douleurs cervicales, de céphalées, de vertiges, d'apnées du sommeil, de douleurs à l'épaule droite, d'hypertension artérielle et d'obésité.

Par courrier du 8 décembre 2015, l'OAI a imparti à l'assuré un délai de 30 jours pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Dans un certificat du 5 janvier 2016, le Dr R. \_\_\_\_\_ a exposé que l'assuré présentait, d'une part, des névralgies cervicobrachiales importantes avec céphalées et vertiges en progression et augmentation en intensité par rapport aux années précédentes et entraînant une incapacité de travail à 100% et, d'autre part, un état anxio-dépressif plus important qu'auparavant suivi par un psychiatre et traité, lequel entraînait également une incapacité à 100%. Il a ajouté que l'intéressé était actuellement en cours de suivi et traitement médical avec un pronostic incertain au vu de la persistance des pathologies. Dans un second

certificat daté du même jour, ce praticien a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré du 5 janvier au 5 février 2016.

Dans un projet de décision du 5 février 2016, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, selon la motivation suivante :

« **Considérants :**

Votre précédente demande de prestations avait été rejetée par décision du 14 juillet 2015. Un nouvel examen ne pourrait être envisagé que si vous rendez plausible que l'état de fait s'est modifié après cette date et qu'il est désormais susceptible de changer votre droit aux prestations.

Avec votre nouvelle demande, vous n'avez pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Pour cette raison, nous ne pouvons pas entrer en matière sur votre nouvelle demande.

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

Nous n'entrons pas en matière sur la demande de prestations. ».

Le 25 février 2016, l'assuré a formulé des objections au projet précité, exposant que son état de santé s'était fortement dégradé, qu'il avait beaucoup de peine à effectuer les gestes quotidiens et qu'il devait prendre plus d'une dizaine de médicaments par jour. Il a requis d'être examiné par un médecin de l'OAI.

Par courrier du 7 mars 2016, l'OAI a imparti à l'assuré un délai au 4 avril 2016 pour produire, par exemple, un rapport médical détaillé mettant en évidence une aggravation ou une modification objective de son état de santé.

Dans un rapport du 22 mars 2016 à l'OAI, les Drs M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G.\_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et médecin assistant au Centre de psychiatrie intégrée de [...], ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et ont indiqué ce qui suit :

**« La description de l'aggravation de votre état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue :**

Monsieur O. \_\_\_\_\_ demande une consultation ainsi qu'une prise en charge au mois de juin 2015 en raison d'une péjoration psychique de son état qui est en lien avec la séparation et le divorce de Monsieur mais aussi à l'éloignement de ses enfants. Depuis le divorce, Monsieur O. \_\_\_\_\_ vit seul dans un appartement. Il se décrit très triste et irritable depuis environ 6 mois, il décrit avoir des maux de tête insupportables ainsi qu'un état anxieux quasi permanent avec des crises d'angoisses souvent. Son état psychique s'est dégradé dernièrement car de[s] problèmes physiques se sont rajoutés (problèmes de douleurs au niveau du cou pour cela il porte un collier depuis environ une année ainsi que au (sic) niveau de dos et l'orteil). Monsieur pleure souvent pendant l'entretien ainsi qu'à la maison d'après ses dires, il sort rarement de son domicile, il n'a presque plus de contact avec son entourage. Le sommeil est bien perturbé par des réveils souvent nocturnes ainsi que des cauchemars.

Monsieur O. \_\_\_\_\_ présente généralement un état de détresse associé à une agitation psychomotrice. On constate la présence d'une perte de l'estime de soi ainsi que des idées de dévalorisation et de culpabilité envers la situation actuelle. Pendant les premiers entretiens, Monsieur O. \_\_\_\_\_ verbalise également des idées suicidaires par veinosection car la situation actuelle est insupportable. Au cours de la pris[e] en charge ainsi que de la mise en place d'un traitement médicamenteux par un antidépresseur les idées suicidaires se sont amendé[e]s mais l'état psychique reste toujours très fragile.

Monsieur O. \_\_\_\_\_ se trouve en arrêt de travail établi par son médecin traitant.

Le pronostic reste réservé quant à la reprise de travail dans son métier de soudeur. On considère qu'une reprise de travail dans le même métier serait impossible pour l'instant. ».

Dans un certificat du 24 mars 2016, le Dr R. \_\_\_\_\_ a exposé que l'assuré présentait des névralgies cervicobrachiales importantes avec céphalées et vertiges en progression et augmentation en intensité par rapport aux années précédentes avec lombalgies, entraînant une incapacité de travail à 100%. Il a ajouté que l'assuré présentait également un état anxio-dépressif plus important qu'auparavant suivi par psychiatre et traité, lequel entraînait également une incapacité de travail totale. Il a relevé la présence de douleurs malgré la physiothérapie et un traitement antalgique.

Par décision du 12 avril 2016, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 5 février 2016 et a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré. Dans le courrier d'accompagnement de cette

décision, il a expliqué à l'intéressé que les troubles somatiques évoqués n'étaient pas nouveaux, avaient déjà fait l'objet d'investigations et ne justifiaient pas une réduction de sa capacité de travail et de gain telle que retenue dans la décision du 14 juillet 2015. Sur le plan psychique, il a relevé que son état se serait amendé grâce au traitement mis en place.

**C.** Par acte du 8 mai 2016 (date du timbre postal), O.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction sur le plan médical. Il a rappelé avoir fourni un rapport récent du Dr R.\_\_\_\_\_ ainsi que de son psychiatre qui rendaient vraisemblable une aggravation de son état de santé.

Dans sa réponse du 18 juillet 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 12 avril 2016. Soutenant que le recourant n'avait pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits, il a produit un avis du 11 juillet 2016 de la Dresse T.\_\_\_\_\_ du SMR auquel il se référait, rédigé en ces termes :

« Rappel assuré de 53 ans, connu pour une arthrose acromioclaviculaire, des cervicalgies, des céphalées et un syndrome d'apnée[s] du sommeil appareillé ayant fait l'objet d'un refus de prestation en date du 14.07.2015 (Décision AI du 14.07.2015).

L'assurée dépose une nouvelle demande le 07.12.2015 soutenue par le seul certificat d'incapacité de travail de son médecin traitant daté du 05.01.2016 et attestant une incapacité de travail à 100% depuis le 05.01.2016 au 05.02.2016. Le Dr R.\_\_\_\_\_, généraliste, reprend les diagnostics déjà connus sans donner de description clinique pouvant justifier une aggravation, et annonce un état anxio-dépressif plus important qu'auparavant. Le 22 mars 2016, nous recevons le rapport médical de la Dresse G.\_\_\_\_\_, du service de psychiatrie de [...] qui annonce un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques ; l'état semble cependant s'être amélioré sous traitement antidépresseur. Dans l'acte de recours du 06.05.2016 (GED 03.06.2016), l'assuré annonce avoir un rendez-vous mensuel avec sa psychiatre, malheureusement ce rendez-vous mensuel est annulé pour surcharge de travail de la psychiatre, reportant le prochain rendez-vous au 15 mai. Ces informations concernant la fréquence du suivi psychiatrique nous rassure[nt] quant à l'importance de l'atteinte psychique et confirme[nt] une évolution favorable.

**Conclusion :** nous n'avons pas d'éléments médicaux permettant d'objectiver une aggravation significative de l'état de santé de cet assuré. ».

Invité à répliquer, le recourant n'a pas procédé.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent 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 – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 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) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

**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 (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

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

**3. a)** Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), 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 ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (art. 87 al. 3 RAI). Selon la jurisprudence, 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 (ATF 125 V 410 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références citées). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références citées ; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 2014, n. 51 p. 433).

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 (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_67/2009 consid. 1.2). 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. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. 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\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1 et 2.2).

**b)** Le Tribunal fédéral a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, la Haute cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité 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. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à

renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 ; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100 p. 840 s.).

**c)** Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, 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 au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances sociales étant d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise

de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004).

**d)** On précisera que 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, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2).

**4.** En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force du 14 juillet 2015 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. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrée en matière du 12 avril 2016 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 14 juillet 2015. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

**a)** A l'occasion de la décision du 14 juillet 2015 refusant au recourant le droit à des prestations, l'intéressé souffrait d'arthrose acromio-claviculaire droite, de cervicalgies, de céphalées et d'un syndrome d'apnées du sommeil appareillé. Aucune de ces affections n'a été considérée comme invalidante. En effet, l'appareillage prescrit pour les apnées du sommeil a permis la normalisation de l'index d'apnées-hypopnées selon la Dresse N.\_\_\_\_\_, l'examen neurologique du Dr L.\_\_\_\_\_ était sans particularité et l'arthrose acromio-claviculaire, principalement responsable de la douleur, était tout à fait banale et

traitable et n'empêchait pas l'exercice de l'activité habituelle de soudeur selon le Dr C.\_\_\_\_\_, qui a procédé à une infiltration le 1<sup>er</sup> septembre 2014, traitement qui a permis de soulager les douleurs. Seule une incapacité de travail totale du 31 mars au 1<sup>er</sup> septembre 2014 a été retenue, le recourant conservant une pleine capacité de travail dans toute activité.

A l'appui de sa nouvelle demande de prestations, le recourant se prévaut des rapports du Dr R.\_\_\_\_\_ des 5 janvier et 24 mars 2016 ainsi que du rapport des Drs M.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ du 22 mars 2016.

Le Dr R.\_\_\_\_\_ a exposé que l'intéressé présentait des névralgies cervicobrachiales importantes avec lombalgies, céphalées et vertiges en progression et augmentation en intensité par rapport aux années précédentes, lesquelles entraînaient une incapacité de travail de 100%. Il a ajouté que son patient présentait en outre un état anxio-dépressif plus important qu'auparavant entraînant également une incapacité de travail de 100%. Ce praticien a d'ailleurs attesté une incapacité de travail totale du 5 janvier au 5 février 2016.

Quant aux Drs M.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, ils ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, précisant que leur prise en charge avait débuté en juin 2015 en raison d'une péjoration de l'état psychique de l'intéressé en lien avec son divorce et l'éloignement de ses enfants. Ils ont relevé que la prise en charge et le traitement à base d'antidépresseurs mis en place avaient permis d'amender les idées suicidaires, considérant toutefois l'état psychique du recourant comme très fragile et qu'une reprise du travail dans l'activité de soudeur était actuellement impossible.

**b)** Au vu de ce qui précède, force est de constater que les pièces produites par le recourant ne permettent pas d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

En effet, le Dr R.\_\_\_\_\_ fait état d'affections somatiques déjà prises en compte lors de la décision du 14 juillet 2015 et qui n'avaient pas été reconnues comme incapacitantes. Il n'explique toutefois pas en quoi celles-ci se seraient aggravées. Il ne mentionne aucune limitation fonctionnelle et se limite à attester une incapacité totale de travail, incapacité dont il faisait déjà état le 21 novembre 2014.

Quant à l'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique diagnostiqué par les Drs M.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, ils ont exposé que cet état était en lien avec le divorce de l'intéressé et l'éloignement de ses enfants. Il s'agit donc d'un épisode réactionnel, qui connaît par ailleurs une évolution favorable dès lors que leur prise en charge et le traitement par antidépresseurs ont permis d'amender les idées suicidaires. Surtout, ces praticiens ne démontrent pas en quoi cette affection empêcherait l'intéressé de travailler, se limitant à exposer que son état psychique est très fragile et qu'une reprise du travail dans l'activité habituelle est actuellement impossible.

Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du recourant, celui-ci n'ayant pas rendu plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

**5. a)** En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

**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 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

**c)** En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du

recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**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 12 avril 2016 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 mis à la charge d'O.\_\_\_\_\_.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- O. \_\_\_\_\_
- 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 :