

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 octobre 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente

MM. Neu et Métral, juges

Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

X. _____, à [...] (Allemagne), recourant,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 87 RAI.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant allemand d'origine kosovare né en 1972, sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse en octobre 2014 pour travailler dans le domaine du bâtiment, laissant sa famille en Allemagne. Le 4 mai 2015, il a entrepris une activité de maçon au sein de l'entreprise C._____.

Le 19 mai 2015, l'assuré s'est blessé à l'épaule droite alors qu'il portait un panneau de coffrage. Il a été mis en arrêt de travail complet dès le 12 juin 2015. Dans ce contexte, une imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule droite a montré des altérations de signal des tendons de la coiffe prédominant dans le tendon du muscle sus-épineux associées à de possibles petits foyers de déchirures intra-tendineux sans lésion transfixiante, ainsi que des altérations de signal de la spongieuse sous-corticale des deux berges articulaires acromio-claviculaires, une tuméfaction de la capsule articulaire sans disjonction de cette dernière, et une déchirure labrale antéro- et postéro-supérieure épargnant les convexités évoquant une lésion de type SLAP II (cf. rapport du 18 juin 2015 du Dr M._____, radiologue). Une arthro-IRM a, quant à elle, mis en évidence une déchirure des fibres supérieures et profondes du tendon du muscle sous-scapulaire, d'importantes altérations de signal avec un aspect bipartite du tendon du long chef du biceps (LCB) dans son trajet vertical, une absence de diminution de la trophicité de la coiffe, ainsi qu'une déchirure labrale de type SLAP V (cf. rapport du 10 juillet 2015 du Dr M._____). Sur le plan neurologique, les examens pratiqués, dont une électromyographie (EMG), n'ont révélé aucune altération significative, en particulier au niveau de l'épaule droite (rapport du 21 juillet 2015 du Dr S._____, neurologue). Ont finalement été posés les diagnostics de lésion bifocale du LCB (avec lésion SLAP II, micro-instabilité au niveau de la gouttière bicipitale et déchirure du ligament gléno-huméral supérieur [LGHS]), déchirure partielle du tendon sous-scapulaire et déchirure partielle quasi transfixiante du tendon sus-épineux, justifiant une arthroscopie de l'épaule droite le 1^{er} septembre 2015 avec refixation du

supra-épineux et sub-scapulaire, ténodèse du LCB et injection de plasma riche en plaquettes (PRP) (cf. protocole opératoire du 1^{er} septembre 2015 et lettre de sortie du 5 septembre 2015 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

B. Le cas a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

A la suite d'un examen du 6 janvier 2016, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé que l'impression qui prévalait était bien plus celle d'un trouble fonctionnel que d'une capsulite rétractile. Cela étant, il a préconisé un séjour à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique K._____), nonobstant un processus d'invalidation déjà bien engagé en présence de facteurs contextuels de mauvais pronostics assez évidents.

Ledit séjour a été effectué du 3 février au 2 mars 2016. A cette occasion, une radiographie de l'épaule droite a révélé une discrète déminéralisation de l'aspect moucheté de la tête humérale droite et de la métaphyse de la partie proximale de la diaphyse de l'humérus, ne permettant pas d'exclure une algoneurodystrophie (cf. rapport du 8 février 2016 du Dr N._____, radiologue) ; une arthro-IRM de l'épaule droite a en outre fait suspecter une capsulite rétractile, avec toutefois une trophicité dans la norme et l'absence d'atrophie ou de dégénérescence graisseuse significative des muscles de la coiffe des rotateurs (cf. rapport du 11 février 2016 du Dr Y._____, radiologue) ; les résultats d'une scintigraphie osseuse ont par ailleurs évoqué une neuroalgodystrophie de stade scintigraphique II du membre supérieur droit, avec mise en évidence d'une déminéralisation osseuse mouchetée sur le CT-scan de l'épaule droite (cf. rapport du 29 février 2016 des Drs U._____ et E._____, spécialistes en médecine nucléaire). A teneur d'un rapport de synthèse du 18 mars 2016, les Drs Q._____ et I._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant à la Clinique K._____, ont retenu notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTICS [...]

- Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) du membre supérieur droit prédominant à l'épaule avec schéma capsulaire

- Infiltration gléno-humérale droite le 25.02.2016

- Accident au travail en portant un panneau de coffrage le 19.0.2015

- Déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (quasi-transfixiante du supra-épineux, partielle du subscapulaire).

[...]

CO-MORBIDITES

- Tabagisme actif à 20 UPA

[...]

L'évaluation psychiatrique ne révèle pas de diagnostic psychopathologique chez un patient se présentant plutôt dynamique et volontaire, et chez qui on relève de l'impatience et de la déception au vu de la persistance de la faiblesse et des douleurs de l'épaule.

Sur le plan neurologique, aucun diagnostic n'est retenu. Il est relevé une légère atteinte myélinique sensitivo-motrice du nerf médian au poignet sans traduction clinique.

[...]

Hormis l'appréciation par le patient de ne pouvoir réaliser que des activités exigeants un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis (score au PACT à 9 points très bas) et certaines autolimitations (force au Jamar), aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : toute activité bimanuelle nécessitant l'usage du membre supérieur droit en force; activités nécessitant les mouvements répétitifs de l'épaule droite, port de charge répété de plus de 5 kg.

[...]

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. On peut s'attendre à une évolution de plusieurs mois.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de maçon est défavorable en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident et des facteurs contextuels chez un patient non qualifié ne parlant pas le français.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus sera limité par des facteurs contextuels chez un assuré non qualifié ne parlant pas français."

Par rapport du 25 août 2016, le Dr G. _____ a observé que l'on arrivait à une année de l'opération et que la situation - qui semblait stabilisée - n'avait pas connu d'amélioration.

A la suite d'un examen du 7 novembre 2016, le Dr V. _____ a relevé que si l'imagerie faite à la Clinique K. _____ allait dans le sens d'un SRDC du membre supérieur droit, prédominant à l'épaule et avec schéma capsulaire, l'examen clinique actuel semblait une nouvelle fois plus proche d'une exclusion fonctionnelle plus ou moins délibérée du membre supérieur droit.

A la demande de la CNA, l'assuré a été examiné le 9 février 2017 par le Prof. P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 13 février suivant, ce dernier a diagnostiqué un syndrome douloureux cervico-brachial droit, ainsi qu'un status après refixation du sous-scapulaire et du sus-épineux, ténodèse du long biceps et injection de PRP par arthroscopie à droite le 1^{er} septembre 2015. Le Prof. P. _____ a plus particulièrement observé que le tableau clinique évoquait avant tout un syndrome somatoforme douloureux ou une autre affection fonctionnelle, étant souligné que la coiffe des rotateurs était en continuité et n'expliquait pas les douleurs ni l'impotence fonctionnelle active.

Consécutivement à un examen du 14 mars 2017, le Dr V. _____ a retenu qu'un fonds de capsulite rétractile ne pouvait pas être écarté mais que son impression était toujours celle d'une exclusion fonctionnelle plus ou moins délibérée du membre supérieur droit, singulièrement d'un pseudo-handicap. Dans ces conditions, il a préconisé une nouvelle observation à la Clinique K. _____.

Ce séjour a été mis en œuvre du 26 avril au 17 mai 2017. Dans ce contexte, une radiographie de l'épaule droite a montré une bonne congruence articulaire depuis le contrôle du 8 février 2016 (cf. rapport du Dr N. _____ du 1^{er} mai 2017). A teneur d'un rapport de synthèse établi le

26 mai 2017, les Drs Q._____ et F._____, médecin assistant auprès de ladite clinique, ont émis l'appréciation suivante :

"DIAGNOSTICS [...]

- **Exclusion fonctionnelle du membre supérieur droit.**
- **Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) du membre supérieur droit au décours.**

- **Accident au travail en portant un panneau de coffrage le 19.0.2015.**
- **Déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (quasi-transfixiante du supra-épineux, partielle du sub-scapulaire).**

[...]

CO-MORBIDITES

- **Tabagisme actif à 20 UPA**
- **Vertiges positionnels mal systématisés**

[...]

Une évaluation psychiatrique ne retient pas de diagnostic psychopathologique, chez un patient semblant douter des possibilités de récupération de son épaule, mais disant espérer pouvoir reprendre son activité de maçon, restant fixé aussi sur le fait que la récupération pourrait prendre plusieurs années.

Sur le plan neurologique, un ENMG a été réalisé retrouvant des signes d'enclavement du nerf médian au canal carpien ddc avec un léger ralentissement sensitif focal, sans traduction clinique. Cette découverte fortuite n'explique par ailleurs pas les limitations fonctionnelles du membre supérieur droit et de l'épaule droite pour laquelle, aucune atteinte neurologique n'est retenue.

Sur le plan général, M. X._____ s'est plaint de vertiges positionnels durant le séjour, apparus après son arrivée à la Clinique K._____. Une évaluation sur posturographe a été réalisée [...]. Le Romberg est stable. La station unipodale tenue ddc et les manœuvres diagnostiques de vertige paroxystique bénin négatives. Il est à relever, durant l'évaluation[,] la manifestation par le patient de manifestations d'équilibration marquées lors des test[s] yeux fermés, avec un recrutement des entrées somesthésiques de 7%.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. A deux ans de son accident marqué par une atteinte de la coiffe des rotateurs opérée et compliqué par le développement d'un syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur dont le diagnostic avait été retenu lors du précédent séjour à la Clinique K._____, on relève une épaule limitée dans les mobilisations actives et souple en passif, sans amyotrophie significative.

Des facteurs contextuels chez un patient ne parlant pas français, non-qualifié, dont la famille vit en Allemagne, influencent dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient qui sous-estime grandement le niveau d'activité qu'il peu[t] réaliser (score au PACT à 13 points correspondant à l'appréciation par le patient de [ne] pouvoir réaliser que des activités inférieures à des activités exigeant un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis).

[...]

Les incohérences suivantes sont relevées: à deux [ans] de l'accident, le maintien des amplitudes articulaires passives chez un patient montrant ne pas utiliser son membre supérieur droit dominant; l'absence d'amyotrophie significative à la mesure des périmètres des membres supérieurs; la variation des amplitudes articulaires passives, en lien avec des auto-limitations; les entrées somesthésiques à 7% au bilan sur posturographe chez un patient dont le Romberg est tenu; la force de préhension au Jamar mesurée à 3 kg à droite et qui ne peut être expliquée par l'atteinte de l'épaule.

La situation est stabilisée du point de vue médical. On ne constate aucune amélioration depuis le séjour de février 2016. [...]

Sur le plan des limitations fonctionnelles, chez un patient ayant eu une atteinte de la coiffe des rotateurs, traitée chirurgicalement, on peut retenir les limitations médico-théoriques suivantes en lien avec l'épaule: ports répétés de charges lourdes; activités nécessitant le maintien du membre supérieur droit au-dessus du niveau de l'horizontal.

[...]

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable, en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident et de facteurs non-médicaux, chez un patient non-qualifié, sous-estimant grandement le niveau d'activité qu'il peut réaliser et qui exclut son membre supérieur droit.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus sera limité par les facteurs non-médicaux mentionnés ci-dessus et par le fait que M. X. _____ n'envisage pour l'heure pas d'autre activité que celle de maçon.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MACON

- 100% du 17.05.2017 au 15.06.2017, pour une longue durée.
- 0% dans une activité adaptée."

Se prononçant le 3 juillet 2017, le Dr V. _____ a retenu qu'il y avait incontestablement une discordance majeure entre les constatations objectives de l'examen radio-clinique et l'importance du handicap affiché.

Cela étant, il a estimé que dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (celles-ci visant les charges moyennes [surtout les bras en porte-à-faux] et les mouvements en hauteur), la capacité de travail était entière. Quant à l'atteinte à l'intégrité, elle atteignait 5 %.

Par décision du 26 juillet 2017, confirmée sur opposition le 7 décembre 2017, la CNA a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré, compte tenu d'un préjudice économique de 8,74 %. Elle lui a en revanche alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.

C. Dans l'intervalle, en date du 4 mars 2016, l'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité au motif d'une capsulite rétractile consécutive à l'accident du 19 mai 2015.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) s'est adressé à la CNA, laquelle a régulièrement communiqué les pièces de son dossier.

L'OAI a également interpellé la société C._____. Dans un questionnaire pour l'employeur du 21 mars 2016, cette société a précisé que l'intéressé avait perçu un salaire de 5'200 fr. par mois et qu'il avait été licencié au 19 février 2016.

L'office s'est de surcroît enquis auprès des médecins traitants de l'assuré. Dans ce cadre, le Dr G._____ a initialement renvoyé à un point de situation prévu pour le 2 mai 2016 (cf. rapport du 7 avril 2016), pour finalement estimer qu'il était trop tôt pour énumérer les restrictions du patient compte tenu du diagnostic de SDRC (cf. rapport du 2 mai 2016). Quant au Dr T._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, il a fait part de ses observations dans un rapport du 26 novembre 2016. Il a pour l'essentiel repris les constatations issues des examens radiologiques de 2015 et 2016 et de l'intervention du 1^{er} septembre 2015, et a relevé en particulier que son patient n'avait plus de fonction au niveau du membre supérieur droit. Le Dr T._____ a ajouté que l'activité

habituelle n'était plus envisageable d'un point de vue médical mais qu'un taux d'occupation complet était exigible dans une activité adaptée ne nécessitant pas de travailler avec les bras au-dessus de la tête, ni de monter sur une échelle/un échafaudage ou de porter des poids de plus de 5 kg, le rendement atteignant 20 à 70 % selon le type d'activité. Ce médecin a de surcroît signalé des limitations aux niveaux langagier et socio-économique.

Par envoi du 27 octobre 2017, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport établi le 12 octobre 2017 par le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce médecin y posait les diagnostics de status post réparation arthroscopique du tendon supra-épineux, du tendon sous-scapulaire et ténodèse du LCB, ainsi que de status post capsulite rétractile de l'épaule droite, de récupération complète. Il relevait ne pas avoir d'explication concernant l'importance du déficit fonctionnel sur la base de l'imagerie post-opératoire de l'épaule droite. Enfin, le Dr J._____ retenait une incapacité complète de travail dans une activité avec efforts ou mobilisation répétée du membre supérieur droit, respectivement mobilisation de cette épaule au-dessus du buste.

Par décision du 12 février 2018, confirmant un projet de décision du 14 décembre 2017, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré. Au niveau médical, l'office a considéré que l'activité habituelle de maçon était désormais contre-indiquée au vu des limitations fonctionnelles (port de charges moyennes avec les bras en porte-à-faux et mouvements répétés en hauteur), mais que l'exercice d'une activité adaptée était en revanche pleinement exigible, et ce depuis le mois de juin 2016. Sur le plan économique, l'OAI a procédé à la comparaison du revenu que l'intéressé aurait pu réaliser en continuant d'exercer son activité habituelle avec le revenu statistique réalisable dans une activité adaptée. Il en résultait une perte de gain de l'ordre de 11 %, insuffisante pour ouvrir le droit à un reclassement professionnel ou à une rente d'invalidité.

D. En parallèle, par communication datée du 14 décembre 2017, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une aide au placement.

Aux termes d'un rapport final du 12 septembre 2018, l'OAI a mis fin à cette mesure, évoquant le manque de collaboration de l'intéressé et son absence de réaction à une sommation envoyée le 13 juillet 2018.

E. Le 9 juin 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant une atteinte initialement due à un accident mais résultant actuellement d'une maladie. En annexe, il a joint un certificat du 4 juin 2019 du Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestant un arrêt de travail à 100 % jusqu'au 30 juin 2019, ainsi qu'un certificat d'arrêt de travail du 31 mai 2019 du Dr K._____, médecin praticien, portant sur la période du 1^{er} au 30 juin 2019. Avec ces pièces, figure également un certificat médical établi le 9 avril 2019 par le Dr H._____, médecin praticien, au sujet d'un patient dénommé [...] né le [...] 1944.

Par courrier du 14 juin 2019, l'OAI a fait savoir à l'assuré que sa nouvelle demande ne pourrait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de trente jours lui était dès lors imparti pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, faute de quoi il serait considéré 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.

Aux termes d'un compte-rendu du 25 juin 2019 à l'OAI, le Dr K._____ a exposé que la situation restait très critique sur le plan ostéoarticulaire, caractérisée par un syndrome douloureux cervico-brachial droit avec une impotence du membre supérieur droit. Il a également signalé que l'état psychologique du patient se détériorait progressivement, avec des idées d'angoisses permanentes [sic], des idées négatives et des insomnies, l'intéressé étant par ailleurs suivi par un psychiatre. Pour le Dr K._____, l'incapacité de travail était totale. En

annexe, ce médecin a transmis un certificat d'arrêt de travail du 21 juin 2019 relatif à la période du 1^{er} juillet au 31 août 2019, ainsi qu'un rapport consécutif à une consultation du 2 mai 2019 et établi le 24 juin 2019 par les Drs R._____ et W._____, respectivement médecin chef et médecin assistante au Service de rhumatologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier D._____). De ce document, il résulte que les Drs R._____ et W._____ ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux cervico-brachial droit, d'arthroscopie de l'épaule droite pour déchirure de la coiffe des rotateurs en 2015, d'accident de travail en portant un panneau de coffrage le 19 mai 2015, de tabagisme actif à 20 unités-paquets-année (UPA) et de vertiges positionnel mal systématisés. Ils ont en particulier précisé que l'assuré annonçait des douleurs persistantes de l'épaule droite depuis 2015, ayant été victime d'un accident en mai 2015, et ne décrivait aucune amélioration depuis l'arthroscopie pratiquée la même année. Se référant par ailleurs aux évaluations réalisées à la Clinique K._____ en 2016 et 2017, les Drs R._____ et W._____ ont observé que la clinique était depuis lors globalement inchangée, chez un patient dont la thymie était abaissée. Ils ont également souligné que la problématique psychosociale et asséculo-logique, dans le cas d'un patient également limité par la barrière de la langue dans la compréhension de sa maladie, semblait actuellement au premier plan.

Par rapport également daté du 25 juin 2019, le Dr Z._____ - en charge d'un suivi bimensuel depuis le 4 juin 2019 - a signalé que l'assuré, dans les semaines et les mois qui avaient suivi l'accident du 19 mai 2015, avait présenté des insomnies, une anxiété, des cauchemars et des flashes dans lesquels il revoyait cet événement. S'agissant de la situation actuelle, le Dr Z._____ a diagnostiqué un syndrome dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.3) et un trouble de l'adaptation (F43.2). Il a précisé qu'à cause des douleurs à l'épaule droite, de l'éloignement d'avec sa famille demeurée en Allemagne et de l'impossibilité à trouver un travail, le patient était entré dans une dépression sévère avec perte de l'élan vital, asthénie, idées suicidaires scénarisées et troubles cognitifs (attention, jugement), cette symptomatologie étant survenue en mars 2019 - aux dires de l'intéressé -

et s'étant encore aggravée depuis lors. Le Dr Z._____ a par ailleurs indiqué que le traitement était composé d'Escitalopram 20 mg et de Xanax 0,25. Pour ce médecin, l'incapacité de travail était à ce jour totale.

Aux termes d'un mandat établi le 27 juin 2019, le dossier a été soumis au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) pour « [e]xamen de l'entrée en matière sur une nouvelle demande ». Par avis médical du 31 octobre 2019, le Dr A._____, du SMR, a considéré ce qui suit :

"L'état de l'épaule est clairement superposable à celui qui avait justifié l'invalidité de 11% car l'examen des rhumatologues est semblable à celui du Pr P._____. Il n'y a donc pas d'aggravation de l'état rhumatologique de l'épaule droite permettant d'entrer en matière. Nous rappelons que le diagnostic retenu était celui de TSD. Un état dépressif réactionnel accompagne volontiers ce trouble en raison de la persistance de la douleur et des conséquences sociales habituelles. Celui de l'assuré tel que décrit par les rhumatologues correspond à un état léger, passant au second plan par rapport à l'état rhumatologique et non incapacitant en lui-même. La qualification de sévère par le psychiatre n'est pas à retenir car incohérente avec le traitement. Nous estimons qu'il n'y a pas d'aggravation, qu'il s'agit d'une appréciation différente d'un même état de fait et que l'entrée en matière ne se justifie pas."

Par décision du 12 décembre 2019, confirmant un projet de décision du 1^{er} novembre précédent, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Dans sa motivation, l'office a retenu que l'instruction mise en œuvre ne montrait pas d'aggravation de l'état de santé mais une appréciation différente d'un même état de fait. Par conséquent, si l'incapacité de travail demeurerait certes totale dans l'activité de maçon, l'exercice d'une activité adaptée était en revanche toujours exigible à 100 %, de sorte que le préjudice économique restait inchangé.

F. Par acte daté du 11 janvier 2020 et envoyé sous pli recommandé le 14 janvier suivant, X._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. Le recourant a en particulier reproché à l'OAI de ne pas lui avoir proposé de mesures

professionnelles de reconversion alors même qu'il présentait une incapacité de travail totale dans l'activité de maçon, seul métier qu'il sache exercer, et qu'il ignorait comment ou à qui s'adresser pour retrouver un nouveau métier compatible avec sa santé. Il a dès lors requis que l'office lui propose une formation adaptée à son handicap afin qu'il puisse à nouveau travailler.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 3 mars 2020. Il a en particulier relevé qu'une décision de refus d'entrer en matière se serait avérée plus opportune que la décision de refus de prestations litigieuse. En effet, le recourant n'avait pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible de changer son droit aux prestations depuis la précédente décision de refus de prestations entrée en force.

E n d r o i t :

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

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

2. Est en l'espèce litigieux le bien-fondé de la décision rendue par l'OAI le 12 décembre 2019.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont en outre droit à des mesures de réadaptation pour autant 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 que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (art. 8 al. 1 let. a et b LAI). Dans ce cadre, l'art. 17 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une

diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

b) 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. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

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

Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

bb) Si l'administration est en revanche entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et 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 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, 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 consid. 5.2 ; 130 V 71 consid. 3.2). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; TF 8C_339/2017 du 1^{er} février 2018 consid. 3 et les références citées).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience,

la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'espèce, il convient dans un premier temps de déterminer la nature de la décision rendue le 12 décembre 2019 par l'intimé, singulièrement de trancher le point de savoir si cette décision doit être appréhendée à l'aune des principes régissant le refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande ou si elle s'inscrit au contraire dans le cadre d'un refus de prestations sur la base d'un examen au fond.

A cet égard, contrairement à la position que semble adopter l'OAI dans sa réponse du 3 mars 2020, on ne saurait s'arrêter à la dénomination formelle de la décision attaquée, ni aux termes employés par celle-ci. Les décisions de l'administration ne doivent en effet pas être interprétées de manière littérale, mais selon leur sens véritable, conformément à leur signification juridique concrète (ATF 120 V 496 consid. 1a). Peu importe, dès lors, que la décision du 12 décembre 2019 porte sur un « *[r]efus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles* » et se réfère à l'instruction de la nouvelle demande déposée le 12 [recte : 9] juin 2019 pour en déduire l'absence d'aggravation de l'état de santé dans le contexte d'une appréciation différente d'un même état de fait. Ces seuls éléments ne sauraient faire oublier que le recourant a uniquement produit des certificats d'incapacité de travail - étant souligné que c'est de toute évidence à la suite d'une erreur que l'OAI a indexé, parmi ces pièces, un certificat du Dr H. _____ se rapportant à la situation d'un tiers - à l'appui de sa nouvelle demande, de telle sorte que l'administration lui a imparti un délai pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé. C'est ainsi que, le 25 juin 2019, le Dr K. _____ a adressé à l'OAI un rapport avec annexes et que, à

cette même date, le Dr Z._____ a lui aussi établi un compte-rendu. Pour sa part, l'intimé s'est contenté, à réception de ces pièces, de demander l'avis du SMR. Ces démarches ne signifient cependant pas encore que l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande du recourant. En effet, même s'il appartient à l'assuré qui introduit une nouvelle demande de rendre plausible que son invalidité s'est modifiée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5), l'OAI reste libre de prendre lui-même des mesures limitées pour clarifier la situation, sans qu'on puisse déjà en déduire qu'il est entré en matière sur cette demande. Il peut ainsi, comme en l'espèce, obtenir l'avis d'un médecin du SMR (TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3) ou par exemple, lorsque la demande repose sur un simple certificat du médecin traitant, s'adresser à ce médecin pour obtenir un rapport complet (TF 8C_844/2012 du 5 juin 2013 consid. 2.1 et les arrêts cités). Il suit de là que, dans le cas particulier, l'OAI s'est indéniablement limité à l'examen des conditions d'entrée en matière - ainsi que cela ressort, du reste, du libellé du mandat SMR établi le 27 juin 2019 et de l'avis subséquent du Dr A._____ du 31 octobre 2019 indiquant en particulier « *l'entrée en matière ne se justifie pas* » - et n'a pas débuté l'instruction de la nouvelle demande (voir dans ce sens TF 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 4.2 ; voir également TFA I 522/03 du 4 mai 2004 consid. 3.2).

La décision litigieuse doit par conséquent être analysée sous l'angle d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations introduite le 9 juin 2019. En d'autres termes, le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au point de savoir si l'intéressé, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la date de la décision attaquée, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la dernière décision entrée en force, rendue le 12 février 2018 par l'office intimé.

b) Sur le plan somatique, il convient de préciser tout d'abord que l'on ne peut rien tirer des certificats d'arrêt de travail du Dr K._____ versés à l'appui de la nouvelle demande, en tant qu'ils déclarent le recourant inapte au travail sans aucun étayage concret.

Il apparaît par ailleurs que le rapport établi le 24 juin 2019 par les Drs R._____ et W._____ ne décrit aucune dégradation de l'état de santé de l'assuré mais évoque, bien au contraire, une situation essentiellement inchangée depuis les évaluations effectuées à la Clinique K._____ (cf. rapport du 18 mars 2016 p. 1 et 3 ss ; cf. rapport du 26 mai 2017 p. 1 et 3 ss) et par le Prof. P._____ (cf. rapport du 13 février 2017) - avec des diagnostics déjà connus et une clinique globalement similaire. Il n'y a donc là aucun élément d'aggravation. Bien plus, ce rapport souligne que la problématique psychosociale et assécurologique semble au premier plan, chez un patient également limité par la barrière de la langue dans la compréhension de sa maladie. Or, en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité, le droit des assurances sociales s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). Cette composante ne saurait, dès lors, être prise en considération pour juger du caractère plausible d'une détérioration significative des troubles physiques du recourant.

Finalement, le rapport du Dr K._____ du 25 juin 2019 ne contient pas non plus d'élément dans le sens d'une potentielle péjoration des atteintes somatiques. On y lit tout au plus que la situation reste très critique sur le plan ostéoarticulaire, avec un syndrome douloureux cervico-brachial droit et une impotence du membre supérieur droit. Cette situation était toutefois déjà connue lors de la procédure antérieure et avait, en particulier, été dûment analysée par les médecins de la Clinique K._____ dans leurs rapports des 18 mars 2016 (p. 3 ss) et 26 mai 2017 (p. 3 ss), ainsi que par le Prof. P._____ dans son rapport du 13 février 2017 (spéc. p. 2). Aucune notion de détérioration ne peut donc être retenue sur cette base.

On doit par conséquent admettre que rien, sur le plan physique, ne permet de conclure à une aggravation plausible de l'état de santé du recourant.

c) Au niveau psychique, il y a lieu d'observer tout d'abord que le certificat d'arrêt de travail du 4 juin 2019 du Dr Z._____ n'a pas d'incidence dans le cas particulier, aucun raisonnement médical n'y étant développé.

Pour le reste, il est vrai que le Dr Z._____ a diagnostiqué le 25 juin 2019 un syndrome dépressif sévère sans symptôme psychotique et un trouble de l'adaptation. Force est toutefois de constater que cette appréciation ne repose pas sur un raisonnement concret et objectif. D'une part, le Dr Z._____ a indiqué que la symptomatologie dépressive était certes survenue après la décision du 12 février 2018, soit plus précisément en mars 2019, qu'elle s'était aggravée selon les dires du patient et qu'elle était imputable aux douleurs de l'épaule droite, à l'éloignement d'avec les proches et à l'impossibilité de trouver un travail. Les trois éléments placés à l'origine de la symptomatologie étaient toutefois déjà connus au cours de la procédure antérieure et ne traduisent ainsi aucune évolution négative intervenue dans l'intervalle ; à cela s'ajoute que tant la séparation d'avec la famille que les difficultés à réintégrer le marché du travail relèvent de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui n'ont pas à être intégrés dans l'évaluation des troubles incapacitants (cf. consid. 5b supra). Quant aux manifestations du trouble dépressif (perte de l'élan vital, asthénie, idées suicidaires scénarisées et troubles cognitifs), le Dr Z._____ s'est contenté d'en faire l'énumération sans développer les circonstances permettant d'en valider l'authenticité, si bien que ces éléments semblent tout au mieux reposer sur les dires - par définition subjectifs - du patient. Au final, l'éventualité d'une symptomatologie dépressive apparue en mars 2019 n'apparaît donc guère objectivée, pas plus que sa prétendue aggravation. D'autre part, si le Dr Z._____ a décrit une anxiété, des cauchemars et des flash-backs dans les mois et semaines ayant suivi l'accident du 19 mai 2015, il n'a pas pour autant fourni d'explication justifiant la reconnaissance à l'heure actuelle d'un diagnostic de trouble de l'adaptation. Au demeurant, c'est d'ailleurs avec circonspection qu'il y a lieu d'appréhender les difficultés alléguées dans les suites immédiates de l'accident, attendu que de telles plaintes

n'ont pas été émises au cours de la procédure antérieure et que les évaluations psychiatriques menées à la Clinique K._____ n'ont précédemment mis en évidence aucune symptomatologie du registre psychique ayant valeur de diagnostic (cf. rapport du 18 mars 2016 p. 3 s. et rapport du 26 mai 2017 p. 4). Dans ces conditions, les éléments mis en exergue par le Dr Z._____ n'apparaissent donc pas convaincants et ne permettent pas de tenir pour plausible une aggravation de l'état de santé au plan psychique.

On ne saurait davantage s'arrêter sur le rapport du 25 juin 2019 du Dr K._____ en tant qu'il évoque une détérioration progressive de l'état psychologique du patient, avec des angoisses permanentes, des idées négatives et des insomnies. Ces assertions n'étant pas concrètement objectivées, elles ne peuvent être considérées comme des indices sérieux d'une potentielle aggravation.

Il sied enfin de noter que dans leur rapport du 24 juin 2019, les médecins du Centre hospitalier D._____ - dont l'appréciation est pourtant contemporaine de celle des Drs K._____ et Z._____ - n'ont décelé qu'un simple abaissement de la thymie et non une symptomatologie évocatrice d'une dépression. Du reste, si une dysthymie (F34.1) peut certes être susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité (ATF 143 V 418 consid. 8.1 ; TF 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 4.1 et TF 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 avec les références), tel n'est à l'évidence pas le cas en l'occurrence, à l'égard d'un assuré ne présentant objectivement aucune atteinte majeure à la santé et dont l'examen a du reste montré de nombreuses incohérences et des facteurs extra-médicaux de mauvais pronostic (cf. rapports d'examen du Dr V._____ des 6 janvier 2016 p. 3, 7 novembre 2016 p. 4, 14 mars 2017 p. 5 et 3 juillet 2017 p. 5 s. ; cf. rapports de la Clinique K._____ des 18 mars 2018 p. 4 et 26 mai 2017 p. 5 ; cf. rapport du Prof. P._____ du 13 février 2017 p. 2).

Partant, on ne distingue aucun élément concret dans le sens d'une potentielle détérioration de l'état de santé psychique.

d) A la lumière de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force. Sa nouvelle demande de prestations déposée le 9 juin 2019 ne pouvait donc que se voir opposer un refus d'entrer en matière - ce à quoi équivaut, en définitive, la décision querellée.

Tout au plus ajoutera-t-on que c'est par le biais d'un recours contre la décision du 12 février 2018 que l'assuré aurait dû contester le refus de mesure de reclassement expressément signifié dans cette décision. En effet, les motifs d'une décision de rente entrée en force ne peuvent pas faire l'objet d'un réexamen dans le cadre d'une procédure de révision ou de nouvelle demande ; il n'y a pas lieu de revenir sur lesdits motifs, à moins que l'on ne soit en présence d'un nouveau cas d'assurance (cf. ATF 136 V 369 consid. 3.1 ; cf. TF 9C_920/2010 du 18 octobre 2011 consid. 2.2), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. On relèvera, au surplus, que le recourant a précédemment été mis au bénéfice d'une mesure d'aide au placement qu'il a toutefois mise en échec de par son manque de collaboration et son absence de réaction à la sommation du 13 juillet 2018.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant, au demeurant non représenté par un mandataire qualifié, n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA a contrario).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 12 décembre 2019 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 du recourant.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- X. _____,
- 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 :