

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mars 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Métral, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

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. **a)** G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est marié et père de quatre enfants. Il a travaillé en dernier lieu comme monteur-soudeur en chauffage auprès de P._____ Sàrl à [...].

b) Le 10 octobre 2012, G._____ a été victime d'un accident professionnel lors duquel un tuyau de climatisation d'environ cent cinquante kilos lui est tombé sur la tête, l'épaule et la jambe, avec une perte de connaissance. L'accident et ses conséquences sur l'état de santé ont justifié un séjour de l'intéressé aux M._____, du 10 au 22 octobre 2012. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris le cas en charge.

 Le 7 mai 2013, l'assuré, en incapacité de travail depuis le jour de l'accident, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

 Par décision du 8 mars 2017, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2013 au 28 février 2014, le taux d'invalidité étant réduit à 16 % dès le 5 décembre 2013. Cette décision n'a pas été contestée.

B. Le 25 août 2021, G._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI au motif d'une incapacité totale de travail consécutive à une rechute de l'accident du travail du 10 octobre 2012, dans le contexte d'une opération de l'épaule (droite) avec des douleurs persistantes.

 Dans un rapport du 28 septembre 2021 adressé au médecin-conseil de l'OAI, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de status après polytraumatisme au travail le 1^{er} octobre 2012 (avec *floating shoulders* avec fracture comminutive du col et du corps de la scapula droite et de la clavicule droite, status après ostéosynthèse de la clavicule droite, capsulite rétractile épaule droite, status après étirement du plexus

brachial et fractures malléolaire interne gauche et transverse du péroné droit traitées conservativement), de gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire bilatérale, de diabète et de surcharge pondérale. En lien avec l'évolution du cas, ce médecin a indiqué qu'après une longue période de reconditionnement, son patient avait dû reprendre un travail relativement lourd dans la métallurgie (construction de tuyauterie industrielle) qui lui a occasionné des surcharges mécaniques l'affectant principalement au niveau de son épaule droite. En février 2019, le Dr Q._____ avait constaté une restriction des amplitudes articulaires d'une vingtaine de degrés dans toutes les directions, séquellaires de son ancienne capsulite. Il avait pu constater des douleurs à la palpation profonde de la coiffe antéro-supérieure. Un bilan par IRM montrait une tendinose du sus-épineux avec un aspect pincé de celui-ci par un acromion assez fortement débordant (angle CSA mesuré à 38° pour une norme jusqu'à 35°). Une nouvelle intervention avait eu lieu le 3 février 2021 (arthroscopie et décompression sous-acromiale) lors de laquelle une inflammation marquée de la capsulite articulaire avait été constatée, raison pour laquelle une capsulotomie hémi-circonférentielle antéro-inférieure puis une bursectomie et décompression sous-acromiale par acromioplastie antéro-latérale et libération du ligament coraco-acromial avait été pratiquée. Dans les suites de la dernière intervention, le Dr Q._____ avait constaté une évolution lente avec un syndrome douloureux ayant tendance à se prolonger ; lors du dernier contrôle le 31 août 2021, la mobilité était similaire au status pré-opératoire avec une épaule restant douloureuse surtout en fin d'antépulsion ainsi que dans les rotations (une antépulsion à 130°, une abduction à 60°, une rotation externe à 25° et une rotation interne assez fortement limitée [thénar - L5 environ]). Au final, même s'il était un peu tôt pour juger du résultat définitif, ce médecin n'était pas sûr que l'intervention chirurgicale offrirait le soulagement souhaité. Cette situation influençait fortement sur le moral de l'assuré et une reprise d'activité semblait compromise durant les prochains mois. Compte tenu de cette situation et des autres diagnostics posés, le Dr Q._____ concluait à une aggravation de l'état de santé de son patient qui ne permettait d'envisager qu'une reprise d'activité fortement allégée et probablement qu'à temps partiel. Selon ce

médecin, une évaluation plus globale par une expertise paraissait également souhaitable.

Par projet de décision du 22 novembre 2021, l'OAI a signifié à Me Jean-Michel Duc, conseil de l'assuré, son intention de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande déposée, au motif que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement intervenu depuis la dernière décision du 8 mars 2017. Il a ajouté que lors de la demande initiale, il existait déjà une incapacité de travail de l'intéressé dans le milieu de la métallurgie alors que, dans une activité pleinement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière.

Dans le cadre des objections formulées par l'assuré le 20 décembre 2021, complétées le 18 janvier 2022, à l'encontre de ce préavis, l'Office s'est vu remettre les pièces médicales suivantes :

- un document intitulé « soumission à la médecine des assurances » des 10 et 13 mai 2019 établi par le médecin d'arrondissement de la CNA ainsi que des courriers des 17 mai 2019 et 30 mars 2021 de l'assurance-accidents dont il ressortait la reprise, au plus tôt le 3 février 2021, du versement des indemnités journalières par cette assurance sociale ;

- un rapport du 28 janvier 2021 d'IRM de l'épaule droite du 27 janvier 2021 du Dr V. _____, spécialiste en radiologie, qui se termine comme suit :

"CONCLUSION

Petite épine sous acromiale distale de 2 mm associée à des petites fissurations du tendon supra-épineux restant limitées, sans perte d'épaisseur et sans composante transfixiante visible, mais s'accompagnant d'une petite bursite sous acromio-deltoïdienne réactionnelle.

Au niveau du reste de la coiffe des rotateurs, légère tendinopathie des fibres superficielles et profondes du tendon subscapulaire, résultant en un début de subluxation partielle du départ de la portion verticale du tendon long chef du biceps qui est déformé mais sans fissuration de celui-ci.

Remaniements post-opératoires au niveau de la clavicule distale, à corrélérer aux antécédents opératoires." ;

- un protocole opératoire du 18 mars 2021 du Dr Q. _____ consécutif à une intervention chirurgicale du 12 mars 2021 réalisée à l'Hôpital de [...] sous la forme d'une « arthroscopie épaule droite. Capsulotomie hémicirconférentielle arthroscopique. Acromioplastie antérieure. Débridement volumineuse bursite » ;

- un rapport du 11 janvier 2022 du Dr Q. _____ qui a répondu comme suit aux questions de Me Duc :

“La situation orthopédique de Monsieur G. _____ s'est, selon moi, dégradée de manière progressive durant l'année 2018. Cette dégradation concerne principalement l'épaule droite et dans une moindre mesure le genou droit qui n'a pour l'instant pas été investigué de manière plus approfondie (le cas échéant, un bilan de ce genou pourrait éventuellement apporter des arguments additionnels au patient).

Concernant l'épaule, la dégradation constatée correspond à l'augmentation progressive des douleurs séquellaires anciennes avec une diminution de la capacité fonctionnelle sans doute liée à une surcharge au travail dans une activité peu adaptée aux limitations du patient (travail en métallurgie, soudures et manipulations de charges). En plus de cet élément principalement subjectif, j'ai considéré que le patient présentait un probable conflit sous-acromial avec irritation du tendon supra-épineux favorisé par une anatomie défavorable constitutionnelle (débord latéral de l'acromion). La limitation des amplitudes articulaires occasionnant des efforts de compensation eux-mêmes sources de douleurs avait déjà été constatée dans le passé et a été confirmée en per-opératoire par une capsule articulaire restant très épaisse et encore inflammatoire.

En conclusion, il n'y a pas vraiment eu d'éléments nouveaux très objectifs prouvant une péjoration car l'imagerie est très peu évolutive et l'examen clinique relativement superposable. Il s'agit principalement d'une décompensation d'un status séquellaire post-traumatique. A ce stade, il faut admettre que la prise en charge chirurgicale n'a pas permis de soulager le patient comme espéré et il y a peu de chances que la situation évolue sensiblement. Il serait donc primordial que le patient parvienne à trouver un travail réellement adapté à ses limitations.

Les limitations actuelles sont :

- port de charges limité à 5 - 10 kg, uniquement près du corps et pas de manière répétitive
- pas de travail bras en élévation ou en porte-à-faux
- limitation pour la marche sur des terrains accidentés ou instables
- incapacité à travailler en position accroupie ou à genou
- limitations pour monter et descendre les escaliers de manière répétitive
- favoriser les alternances de position.

L'incapacité de travail en relation avec la prise en charge au niveau de l'épaule était de 100 % à partir du 3.02.2021 jusqu'au 30.11.2021. Actuellement, compte tenu de l'état de santé et même dans une activité adaptée, j'estime la capacité de travail à environ 60 à 70 %. Comme déjà mentionné dans mon rapport à l'AI, il pourrait être utile que le patient soit expertisé pour prendre en compte de la situation globale (incluant la problématique du genou) puisse être effectuée."

Par courrier du 20 janvier 2022, l'OAI a accusé réception de la contestation de l'assuré et l'a informé qu'au vu des éléments avancés des mesures d'instruction complémentaire seraient peut-être nécessaires, ce qui pouvait prendre un certain temps.

L'OAI a ensuite requis la production du dossier constitué en mains de la CNA, puis l'a soumis à la consultation du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité en même temps que les deux rapports médicaux produits par l'assuré.

Aux termes d'un avis « audition » du 5 avril 2022, après avoir résumé les avis des 28 septembre 2021 et 11 janvier 2022 du Dr Q. _____ ainsi qu'un rapport final d'examen du 13 octobre 2021 du Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, le SMR, par la Dre S. _____, médecin praticien, a fait le point de situation définitif suivant :

"Discussion et conclusion : Nous sommes devant la situation d'un assuré qui demande une révision pour aggravation au niveau de l'épaule D (arthroscopie le 03.02.2021). En se basant sur les éléments médicaux à notre disposition, nous constatons que suite à son examen final le médecin d'arrondissement conclut à une stabilisation à plus de 6 mois en post-opératoire, il maintient les LF [limitations fonctionnelles] de l'examen final du 27.07.2016, aussi bien pour les MS [membres supérieurs] que pour les MI [membres inférieurs]. A l'examen clinique de l'épaule D le Dr T. _____ objective, une absence d'amyotrophie, une flexion/extension 115-0-40° et une abduction passive à 100 et active à 110. En comparaison avec le rapport du Dr Z. _____ du 27.07.2016, les amplitudes articulaires de l'épaule D sont inchangées voire améliorées (GED du 24.01.2022, abduction et antépulsion à 90°). En se basant sur les RM [rapports médicaux] du Dr Q. _____, l'orthopédiste fait état des douleurs subjectives séquellaires anciennes, en lien avec une surcharge au travail dans une activité en métallurgie peu adaptée aux limitations fonctionnelles. Le Dr Q. _____ conclut qu'il n'y a pas

vraiment eu d'éléments nouveaux très objectifs prouvant une péjoration. Les LF retenues par l'orthopédiste reste[nt] les mêmes que l'examen final d[e] la SUVA le 27.07.2016. Néanmoins, la CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] est évaluée à 60-70%.

En se basant sur les derniers éléments médicaux au dossier et en comparant avec le rapport final de la SUVA le 27.07.2016, nous n'avons aucune raison médicale pour nous écarter des conclusions du rapport d'examen final du Dr T. _____ le 13.10.2021. Il existe une IT [incapacité de travail] durable en post arthroscopie de l'épaule D du 03.02.2021 au 10.11.2021 justifiant une ITT [incapacité de travail temporaire]. La mobilité de l'épaule D reste inchangée voire améliorée. Nous n'avons aucun élément médical objectivant une aggravation au niveau du MSD [membre supérieur droit] ou des MI [membres inférieurs] (en cas d'une évolution défavorable objectivée par un bilan clinique et paraclinique, la situation devrait faire l'objet d'une nouvelle évaluation par nos soins). Donc la CTAA est à 100%, dès le 11.11.2021 en respectant les LF du MSD et des MI (GED 27.07.2016)."

Par décision du 25 avril 2022 intitulée « refus d'entrer en matière », l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière significative depuis la décision du 8 mars 2017. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour, faisant partie de sa décision, l'OAI a pris position sur les arguments du conseil de l'assuré qui n'étaient pas de nature à remettre en question le bienfondé du projet de décision du 22 novembre 2021. Sur la base de l'examen de l'ensemble des éléments en sa possession, l'OAI était d'avis que l'aggravation notable de l'état de santé retenue par le médecin d'arrondissement de la CNA était principalement une décompensation d'un status séquellaire post-traumatique. Il retenait à ce stade que la prise en charge chirurgicale n'avait pas permis de soulager l'assuré comme attendu, et qu'il y avait peu de chances pour une évolution favorable de la situation. Les limitations fonctionnelles étaient un port de charges limité à 5 - 10 kilos, uniquement près du corps et pas de manière répétitive, pas de travail les bras en élévation ou en porte-à-faux, ni de marches sur les terrains accidentés ou instables, pas de position accroupie ou à genou, ni monter et descendre les escaliers de manière répétitive ainsi que favoriser les alternances de position. En l'absence d'éléments objectifs nouveaux relevés par le Dr Q. _____ pour une aggravation et en présence de restrictions fonctionnelles identiques à

celles de l'examen final précédant de la CNA du 27 juillet 2016, l'OAI n'avait aucun motif de s'écarter des conclusions du rapport d'examen final du 13 octobre 2021 du Dr T._____. Aussi, après une incapacité de travail en post arthroscopie de l'épaule droite de l'assuré, du 3 février au 10 novembre 2021, l'épaule en question était inchangée, voire améliorée. Il n'existait aucun élément objectif pour une aggravation au niveau du membre supérieur droit ou des membres inférieurs. La capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues était entière depuis le 11 novembre 2021. L'OAI a précisé que son projet de décision reposait sur une instruction complète et était conforme en tous points aux dispositions légales.

C. Par acte déposé le 19 mai 2022, G._____, toujours représenté par Me Jean-Michel Duc, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, avec dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations du 25 août 2021. Il a également conclu à la prise en charge par l'OAI des frais du rapport du 11 janvier 2022 du Dr Q._____ à hauteur d'un montant de 100 francs.

Après des griefs formels, il a fait valoir, sur le fond, que contrairement à l'intitulé de la décision querellée, l'OAI était entré en matière sur la nouvelle demande de prestations en procédant à une instruction approfondie du cas ainsi que cet office l'indiquait dans son courrier du 25 avril 2022 mentionnant que le projet de décision « repose sur une instruction complète sur le plan médical et économique et est conforme aux dispositions légales ». Ce faisant, l'intimé était tenu de procéder à un examen circonstancié, conforme à l'art. 17 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiait une révision du droit à la rente d'invalidité. Si tel ne devrait toutefois pas être le cas, le recourant était alors d'avis que les éléments produits (dont les avis successifs du Dr Q._____) à l'appui de sa nouvelle demande attestaient d'une péjoration plausible de son état de santé. De plus, compte tenu de la prise en compte par l'OAI d'une incapacité de travail ininterrompue en toute activité allant de février à

novembre 2021, le recourant insistait sur la nécessité de la reprise de l'instruction du dossier par cet office. Compte tenu de l'incidence de son état de santé péjoré sur sa capacité de travail résiduelle, le revenu annuel d'invalidé de 76'645 fr. 28 pris en compte par l'OAI dans le cadre de la décision précédente du 8 mars 2017 était irréaliste. L'assuré soutenait subir une perte de gain supérieure à 16 % justifiant désormais l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, voire d'une rente d'invalidité, en sa faveur.

Dans sa réponse du 26 juillet 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Après avoir écarté les griefs formels invoqués, il a observé que, malgré la teneur du courrier accompagnant sa décision, aucune mesure d'instruction n'avait été mise en œuvre de sorte que la décision de non entrée en matière pouvait être maintenue. Il a rappelé que les éléments avancés par le Dr Q. _____ en mai 2016 et en septembre 2021, en l'occurrence une dégradation progressive durant 2018 au niveau de l'épaule droite et, dans une moindre mesure, au genou droit, ont été pris en compte dans l'avis médical « audition » SMR du 5 avril 2022. En l'absence de motif justifiant de s'écarter du rapport final d'examen de la CNA du 13 octobre 2021 dans le sens d'une incapacité de travail totale temporaire (post arthroscopie de l'épaule droite) courant du 3 février au 10 novembre 2021, la situation médicale (l'exigibilité dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles) était identique à celle retenue lors de la décision initiale du 8 mars 2017, sans une aggravation objectivée au niveau des membres supérieures ou inférieurs. L'art. 29^{bis} RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) n'était pas applicable. A moins d'une année de l'intervention chirurgicale au début 2021, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était de nouveau identique à celle qu'il présentait lors de la précédente décision en mars 2017 avec des restrictions similaires sans motif justifiant de procéder à un nouveau calcul du taux d'invalidité. Aux yeux de l'OAI, le recourant n'avait pas rendu plausible une aggravation significative de son état de santé intervenue depuis la précédente décision. Ce faisant, l'intimé a maintenu

avoir refusé, à juste titre, d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Dans ses déterminations du 12 août 2022, le recourant a persisté dans ses précédentes conclusions. Confirmant ses griefs sur la violation de son droit d'être entendu, il a observé, sur le fond, que l'intimé contestait le caractère plausible de l'aggravation alléguée en retenant toutefois une aggravation transitoire. S'en référant à l'art. 87 al. 2 RAI, il invoquait les avis successifs du Dr Q. _____ qui, à ses yeux, rendaient plausible l'aggravation de l'état de santé alléguée depuis la décision initiale. A l'inverse, l'avis médical « audition » SMR reprenait les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA alors même que l'avis du Dr T. _____ était contesté dans le cadre d'un litige avec l'assurance-accidents, et en contradiction avec les rapports recueillis au dossier. En particulier, le médecin d'arrondissement ne tiendrait pas compte du fait que les atteintes du genou droit et de la cheville gauche en lien avec l'accident d'octobre 2012 limiteraient la mobilité. Il ne prendrait également pas en compte des restrictions découlant de la capsulite affectant le recourant malgré la description figurant dans le rapport du 11 janvier 2022 du Dr Q. _____ ; ces limitations des amplitudes articulaires occasionneraient des efforts de compensation.

Une copie de cette écriture a été communiquée à l'intimé pour information le 15 août 2022.

E n d r o i t :

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

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

2. Le recourant reproche à l'office intimé d'avoir violé son droit d'être entendu sous plusieurs formes. Vu le sort du recours, il n'est pas utile d'examiner ces griefs.

3. a) Le litige, sur le fond, porte sur le bienfondé du refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

b) Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2021 705 ; FF 2017 2535).

De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au

sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1^{er} janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1^{er} janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1^{er} janvier 2022).

c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si, entre autres exigences, il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b). L'art. 29 al. 1 LAI dispose quant à lui que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. Ces dispositions s'appliquent également en cas de nouvelle demande à la suite d'un refus de prestations ; en d'autres termes, lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (ATF 140 V 2 consid. 5.3 ; TF 8C_623/2020 du 2 août 2021 consid. 4.2).

d) En l'occurrence, la décision attaquée date du 25 avril 2022 et fait suite au dépôt d'une nouvelle demande par le recourant en date du 25 août 2021. Aussi, le droit à une éventuelle rente prendrait naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter du 25 août 2021. Ainsi, il convient d'appliquer le nouveau droit.

4. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). 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 la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3). Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée 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 la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

c) Dans un litige portant sur le bienfondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le 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 ; TF 9C_576/2021 du 2 février 2022 consid. 3.2).

5. a) En l'espèce, la décision attaquée du 25 avril 2022 avec son courrier d'accompagnement daté du même jour qui en fait partie intégrante, indique que cette décision repose sur une instruction complète sur le plan médical et économique et qu'elle est conforme aux dispositions légales.

Le recourant en déduit que l'intimé semble être entré en matière et s'être prononcé sur le fond de sa nouvelle demande de prestations du 25 août 2021.

De son côté, l'office intimé invoque une erreur dans la motivation et confirme le bienfondé de la non entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations.

b) En l'occurrence, l'OAI a, par projet de décision du 22 novembre 2021, fait part à l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande au motif que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement survenu depuis la dernière décision du 8 mars 2017. Dans le cadre de son examen des objections formulées le 20 décembre 2021, et complétées le 18 janvier 2022, par l'intéressé, l'OAI a requis la production du dossier de l'assurance-accidents (en l'occurrence, la CNA ; cf. pièce 292). Il l'a ensuite soumis à la consultation du SMR avec les rapports médicaux des 28 septembre 2021 et 11 janvier 2022 du Dr Q._____ produits par l'assuré (cf. pièce 294). Le SMR a tenu compte des pièces figurant dans le dossier de l'assurance-accidents pour rendre son avis médical « audition » du 5 avril 2022 (cf. pièce 295), en particulier le rapport du 13 octobre 2021 de l'examen final effectué le 7 octobre 2021 par le médecin d'arrondissement (le Dr T._____). C'est ensuite non seulement sur la base des rapports médicaux produits par le recourant que l'OAI a rendu la décision de non entrée en matière attaquée, mais également en tenant compte de ce complément d'instruction.

Quoiqu'en dise l'office intimé, la consultation du dossier constitué en mains de l'assurance-accidents en vue de forger l'avis médical du SMR fondant la décision querellée constitue bien une mesure d'instruction. C'est à la lecture des conclusions du rapport d'examen final du Dr T. _____ d'octobre 2021 et en les comparant avec le rapport final de la CNA du 27 juillet 2016 ainsi qu'avec les avis successifs du Dr Q. _____ que l'office intimé a retenu une incapacité de travail totale du recourant du 3 février au 10 novembre 2021 en post arthroscopie de l'épaule droite. Il a constaté dans ce contexte que la mobilité de l'épaule droite restait inchangée, voire améliorée. Pour l'intimé, il n'y avait aucun élément objectivant une aggravation au niveau du membre supérieur droit ou des membres inférieurs. La capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux restrictions du membre supérieur droit et des membres inférieurs était à nouveau entière dès le 11 novembre 2021 (cf. pièce 297). Ce faisant, lors de son analyse du cas, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations à la suite d'une mesure d'instruction qu'il a diligentée. C'est donc à tort qu'il a rendu une décision de non entrée en matière.

Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, comme en l'espèce, elle doit alors traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue, et 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

Dans la mesure où les droits procéduraux du recourant diffèrent en cas de non entrée en matière ou en cas de décision sur le fond, en particulier s'agissant des pièces et moyens qu'il peut faire valoir

dans le cadre du recours, le vice ne peut être réparé en procédure de recours.

c) Sur le vu de ce qui précède, il se justifie par conséquent d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier de la cause à l'office intimé pour nouvelle décision sur le fond dès lors que l'OAI est déjà entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant. En effet, la Cour ne saurait se prononcer à ce stade, en considérant qu'il s'agit d'une décision de refus de rente.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision sur le fond dès lors qu'il est d'ores et déjà entré en matière.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'250 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

d) Le recourant requiert la prise en charge par l'intimé des frais d'établissement du rapport du Dr Q. _____ du 11 janvier 2022 s'élevant à 100 francs.

aa) L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures

indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C_687/2015 du 10 novembre 2015 consid. 5.2 ; ATF 115 V 62 consid. 5c).

bb) En l'occurrence, le rapport du Dr Q._____ n'a, ainsi que cela ressort du présent arrêt, pas apporté de constatations déterminantes pour confirmer ou infirmer la position de l'intimé. Le rapport du 11 janvier 2022 du Dr Q._____ n'était dès lors pas indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, de sorte que les frais correspondants ne doivent pas être pris en charge par l'intimé.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 25 avril 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et le dossier de la cause est renvoyé à cet Office pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G._____ une indemnité de 1'250 fr. (mille deux cent cinquante francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour G. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :