

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 septembre 2021

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Bonard et Perreten, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

J.\_\_\_\_\_, p. a. K.\_\_\_\_\_, à X.\_\_\_\_\_, recourant,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**        **a)** Ensuite d'une fracture comminutive du tiers distal de l'os scaphoïde du poignet gauche survenue le 22 octobre 1993 et ayant nécessité plusieurs interventions chirurgicales, J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de boucher-charcutier, a déposé, le 24 novembre 1994, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Procédant à son instruction, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) lui a accordé diverses mesures professionnelles (stage d'observation en matière de réadaptation professionnelle puis reclassement professionnel) ayant conduit à l'obtention d'un certificat fédéral de capacité de vendeur (cf. décision de l'office AI du 27 octobre 2000).

**b)** Le 5 juillet 2016, J.\_\_\_\_\_ a été victime d'un accident dans le cadre de son activité professionnelle de boucher au cours duquel, en tentant de retenir la chute d'une caisse, il a subi un traumatisme à l'épaule gauche. Les examens médicaux effectués ont mis en évidence une très probable névralgie amyotrophique de l'épaule gauche post-traumatique sous la forme d'un syndrome de Parsonage-Turner (rapport du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du 26 août 2016). L'assuré a présenté une incapacité de travail totale dès le 12 juillet 2016 et, n'ayant pas été en mesure de reprendre son activité, son employeur (W.\_\_\_\_\_ AG) l'a licencié pour le 31 décembre 2016.

      Ayant élu domicile dans le canton de Fribourg, J.\_\_\_\_\_ a déposé, en date du 2 juin 2017, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité de ce canton (ci-après : l'OAI-FR) à laquelle il a joint les documents suivants :

- rapport médical du 12 mai 2017 du Prof. D.\_\_\_\_\_, chef du service d'orthopédie et de traumatologie du département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ ;

- rapport médical du 13 février 2017 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ;
- rapports médicaux des 26 août 2016 et 10 février 2017 du Dr N.\_\_\_\_\_ ;
- rapports médicaux des 24 août 2016, 2 février et 4 mars 2017 et leurs annexes du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

L'assuré a également transmis à l'OAI-FR le rapport d'expertise dressé le 3 avril 2017 par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, à la demande de l'assureur perte de gain en cas de maladie de W.\_\_\_\_ AG. Il y posait le diagnostic de status après névralgie amyotrophique de l'épaule gauche (syndrome de Parsonage-Turner). Selon ses constatations, l'assuré présentait un déficit moteur proximal du membre supérieur gauche sévère chez un droitier empêchant toute utilisation en élévation du bras mais également toute activité nécessitant des mouvements de l'épaule et de flexion du coude. En revanche, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles concernant la musculature plus distale du membre supérieur gauche pas plus qu'il n'y avait de limitation fonctionnelle concernant l'utilisation du membre supérieur droit. Le Dr B.\_\_\_\_ a ainsi estimé que la capacité de travail était nulle dans la profession de boucher-charcutier, alors qu'elle était totale dans une activité utilisant essentiellement le membre supérieur droit et sans nécessité d'utiliser le membre supérieur gauche, notamment en élévation du bras.

Procédant à l'instruction de la demande de prestations, l'OAI-FR a notamment mis en œuvre un stage d'observation professionnelle en vue d'évaluer et déterminer la capacité de travail et le rendement dans une activité adaptée. Prévue pour la période du 8 janvier au 1<sup>er</sup> avril 2018, la mesure a été prématurément interrompue en date du 22 mars 2018 en raison d'une mobilité réduite du bras gauche, d'une vulnérabilité au stress et de la perception de ses limitations dans le cadre du projet de réinsertion (rapport d'observation du 10 avril 2018).

Par projet de décision du 2 mai 2018, l'OAI-FR a informé J.\_\_\_\_\_ qu'il comptait lui refuser l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles), au motif qu'il présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20 % soit, après comparaison des revenus avec et sans invalidité, un degré d'invalidité de 15 %.

En dépit des objections formulées par l'assuré (courrier du 22 mai 2018), l'OAI-FR a entériné, par décision du 18 juin 2018, son refus d'octroyer toutes prestations de l'assurance-invalidité. Cette décision est entrée en force.

**c)** Le 1<sup>er</sup> août 2018, J.\_\_\_\_\_ a débuté une activité de gérant de kiosque à titre indépendant, financée au moyen de sa prévoyance professionnelle. Le 23 décembre 2018, il a dû cesser son activité pour des raisons de santé. S'estimant incapable de travailler dans quelque activité que ce soit, il a déposé, en date du 18 avril 2019, un formulaire de détection précoce à l'attention de l'office AI. Un rapport du 3 juin 2019 faisant suite à un entretien du même jour entre l'assuré et une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'office AI évoquait le prochain dépôt de rapports médicaux.

Le 14 juin 2019, ont été versés au dossier de l'office AI les rapports médicaux suivants :

- un rapport daté du 24 mai 2019 établi sous la signature du Prof. P.\_\_\_\_\_ et du Dr H.\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et médecin assistant à la Consultation spécialisée de l'Unité Nerf-Muscle de l'Hôpital S.\_\_\_\_\_, à la teneur suivante :

« Nous avons vu le patient susnommé à notre consultation spécialisée du 11.04.2019.

**Motif du recours**

Suivi à une année

**Diagnostics - Antécédents - Interventions**  
**Diagnostic retenu**

Plexopathie brachiale supérieure G, associée à une tendinopathie multiple de l'épaule gauche, post-traumatique (05.07.2016).

### **Comorbidité et antécédent**

Syndrome du tunnel carpien gauche opéré en 1985 avec évolution favorable.

Status post-cure du tunnel carpien à droite en 2012.

Fracture du scaphoïde du poignet gauche opéré en 1994.

### **Anamnèse**

Nous revoyons à une année Monsieur J. \_\_\_\_\_ qui mentionne une aggravation des douleurs du trapèze de l'omoplate et du deltoïde à gauche. Douleurs de type piqûre, en continu et persistantes tout au long de la journée mais en augmentation au moindre effort du membre supérieur gauche. Il mentionne également une aggravation de la parésie proximale du membre supérieur gauche.

Le patient a essayé de reprendre un commerce à M. \_\_\_\_\_ (un kiosque) afin de garder une activité professionnelle suite au refus de l'AI d'entrée en matière pour une rente d'invalidité complète. Le patient n'a pas pu continuer cette entreprise en raison de l'importance des douleurs et de l'impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche. Ces douleurs impliquent des troubles du sommeil avec un sommeil fractionné. Cependant, le patient ne souhaite pas de traitement antalgique. Il souhaite une réévaluation de sa capacité de travail par l'AI et nous demande de l'aide pour cela.

### **Status**

*Parésie amyotrophiante proximale du membre supérieur gauche.*

Amyotrophie du muscle supra- et infra-épineux ainsi que du deltoïde et à moindre mesure du biceps gauche.

Abduction du bras limitée en actif mais pas en passif avec une force à M1-M2 de l'abduction du bras et de la flexion du bras, rotation externe également à M1-M2. Flexion du coude à M2-M3.

Reste de la motricité segmentaire du membre supérieur gauche en distalité relativement bien conservée.

Hyporéflexie bicipitale G, réflexe tricipital normovif symétrique ddc, réflexe stylo-radial hypovif à gauche.

Pas de trouble de la sensibilité du territoire axillaire (du deltoïde gauche).

### **Examens complémentaires**

ENMG du 11.04.2019 : La neurographie du nerf axillaire avec réception deltoïde montre une amplitude diminuée avec une durée allongée évocatrice d'une persistance de quelques fibres nerveuses avec un processus de réinnervation, le nerf musculo-cutané avec réception bicipitale est similaire avec une réponse motrice d'amplitude faible, et une durée augmentée.

La myographie du muscle biceps gauche et du muscle deltoïde gauche retrouve un tracé accéléré simple, avec des potentiels polyphasiques et la présence de quelques potentiels de repos évocateurs d'une atteinte axonale chronique avec présence de quelques repousses nerveuses.

### **Conclusions, traitement et évolution**

L'évolution clinique est donc plutôt défavorable avec une perte de la motricité du biceps qui permettait une flexion l'année passée et impossible à ce jour.

En revanche, les examens électrophysiologiques restent similaires au comparatif, avec absence d'atteinte aiguë au niveau du biceps mais présence plutôt d'une atteinte chronique avec signe de repousses neurogènes.

Au vu de la distance de l'accident (3 ans), le pronostic quant à la récupération du membre supérieur gauche reste donc très réservé malgré ces quelques signes de repousses axonales.

Dans ce contexte, nous évoquons une indication à une demande d'incapacité de travail à l'AI, éventuellement à 80 % afin de rester actif dans la vie professionnelle, avec un travail ne demandant pas l'implication du membre supérieur gauche. Le patient effectuera sa demande à l'AI du canton de Vaud par lui-même.

Concernant les douleurs neuropathiques, nous lui transmettons que nous pouvons lui proposer des traitements médicamenteux ou paramédicaux (hypnose), ce que le patient pour l'heure décline. Il nous recontactera si nécessaire.

Nous ne prévoyons pas de revoir le patient à notre consultation mais nous restons à disposition si nécessaire.

Avec nos meilleures salutations.

De plus, afin d'appuyer sa demande AI, le patient souhaite également un avis orthopédique auprès du Prof. D. \_\_\_\_\_ (qui le suivait précédemment pour l'atteinte tendineuse de l'épaule). Nous le remercions donc de bien vouloir le convoquer afin de discuter des possibilités et limitations orthopédiques. » ;

- un rapport établi à l'attention du Dr H. \_\_\_\_\_ en date du 29 mai 2019 par le Prof. D. \_\_\_\_\_ et le Dr Z. \_\_\_\_\_, chef de clinique au service d'orthopédie et de traumatologie du département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital S. \_\_\_\_\_, libellé en ces termes :

« Votre patient, Monsieur J. \_\_\_\_\_, a consulté notre service le 28 mai 2019.

### **Diagnostics - Antécédents - Interventions**

#### **Diagnostic**

- Plexopathie plexus brachial supérieur gauche post-traumatique (05.07.2016)

#### **Anamnèse**

Patient adressé par nos collègues de neurologie qui suivent cette pathologie pour avis dans le contexte d'une demande d'indemnisation AI dans le canton de Vaud.

#### **Status**

#### **Examen clinique**

Epaule gauche : pas de douleur à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire ni de la gouttière bicipitale. Mobilité gléno-humérale gauche passive en abduction 90°, flexion 90°, rotation externe 40°, rotation interne D10.

Parésie à M1 du deltoïde, mais également des rotateurs externes. Flexion du coude à M2 M3.

Le sub-scapulaire a une fonction conservée avec Lift Off négatif.

Pas de lésion neurovasculaire en distalité.

### **Examens complémentaires**

Une arthro-IRM de l'épaule gauche réalisée en août 2016 montre une coiffe en continuité.

### **Conclusions, traitement et évolution**

Nous ne retenons pas d'indication chirurgicale pour cette plexopathie supérieure côté gauche datant de 2016.

Sur le plan orthopédique, nous n'avons pas mis en évidence de lésions de l'épaule nécessitant un arrêt de travail.

Nous laissons les médecins conseils de l'AI réévaluer la reconversion professionnelle en fonction de la pathologie neurologique.

Nous restons à disposition si besoin.

[Salutations] »

Par courrier du 25 juin 2019, l'office AI a invité l'assuré à déposer une nouvelle demande de prestations, ce qui lui a été confirmé au cours d'un entretien téléphonique en date du 27 juin suivant. A cette occasion, l'assuré a annoncé la production prochaine d'un rapport médical.

**d)** Le 2 juillet 2019, J.\_\_\_\_\_ a complété un formulaire de demande de prestations de l'assurance-invalidité en se référant, s'agissant des atteintes à la santé présentées, aux rapports médicaux transmis dans le cadre de la procédure de détection précoce.

Dans un rapport du 14 octobre 2019 rédigé à l'attention du Dr H.\_\_\_\_\_ et faisant suite à un examen clinique pratiqué le 8 octobre précédent, versé au dossier le 31 octobre 2019, le Prof. D.\_\_\_\_\_ et le Dr Z.\_\_\_\_\_ se sont exprimés en ces termes :

« Nous avons revu votre patient Monsieur J.\_\_\_\_\_ à notre consultation le 08.10.2019.

## **Diagnostics - Antécédents - Interventions**

### **Diagnostic**

- Plexopathie brachiale supérieure gauche post-traumatique (05.07.2016).

### **Anamnèse**

Patient adressé par nos collègues de neurologie qui suivent cette pathologie pour avis dans le contexte d'une demande d'indemnisation AI dans le Canton de Vaud.

Nous revoyons ce patient après une arthro-IRM récente de l'épaule gauche.

### **Status**

#### **Examen clinique**

Epaule gauche : pas de douleur à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire ni de la gouttière bicipitale. Mobilité gléno-humérale gauche passive en abduction 90°, flexion 90°, rotation externe 40°, rotation interne D10.

Parésie à M1 du deltoïde, mais également des rotateurs externes. Flexion du coude à M2 M3.

Le sub-scapulaire a une fonction conservée avec Lift Off négatif.

Pas de lésion neurovasculaire en distalité.

### **Examens complémentaires**

Arthro-IRM de l'épaule gauche réalisée le 01.10.2019 met en évidence une lésion de la partie haute du sus-scapulaire, tendinopathie du supra-épineux.

### **Conclusions, traitement et évolution**

Nous ne retenons pas d'indication chirurgicale sur le plan orthopédique, les lésions visualisées à l'IRM qui n'expliquent pas l'impotence fonctionnelle du membre supérieur. Il s'agit d'une plexopathie supérieure du côté gauche datant de 2016 pour laquelle nous laissons les médecins conseils de l'AI réévaluer la reconversion professionnelle en fonction de la pathologie neurologique. »

Le 18 novembre 2019, le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a procédé à une brève analyse du cas de l'assuré, qu'il a conclue en ces termes dans un compte-rendu daté du 21 novembre 2019 :

« Selon le RM [rapport médical] du 14 octobre 2019 par le Professeur D. \_\_\_\_\_ il n'y a pas de nouveaux éléments indiquant une aggravation de l'état de santé depuis 2016. Le patient ne souhaite pas et refus de ttt [traitement] antalgique. Nous recommandons une activité mono-manuelle du bras droit.

**Suite à donner**

Pas d'instruction à faire - état de santé inchangé depuis la décision de juin 2018. »

Par projet de décision du 21 novembre 2019, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui refuser l'octroi de prestations (rente d'invalidité et mesures professionnelles), retenant que, après examen des pièces médicales versées au dossier, une pleine capacité de travail était raisonnablement exigible, en l'absence « de modification dans votre état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans la précédente décision. »

Le 28 novembre 2019, l'office AI a fait savoir à l'assuré que les conditions d'une aide au placement étaient remplies, ce qui signifiait qu'il pouvait bénéficier d'un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié.

Conformément à son projet de décision du 21 novembre 2019, l'office AI a, par décision du 21 janvier 2020, entériné le refus de toutes prestations. Selon ses constatations, il n'y avait pas eu de modification de l'état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail depuis la décision - entrée en force - de l'OAI-FR du 18 juin 2018. Il en résultait que le préjudice économique de 15 % fondant cette décision restait inchangé et qu'une activité mono-manuelle demeurait exigible.

**B.**           **a)** Par acte du 18 février 2020, J. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 21 janvier 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant implicitement à la reprise de l'instruction. Invoquant une aggravation de son état de santé, il a contesté l'appréciation de l'office AI sur le plan médical et lui a reproché d'avoir statué sans examen clinique. A l'appui de ses allégations, il a produit le rapport du 24 mai 2019 faisant suite à la consultation du 11 avril précédent et rédigé par le Prof. P. \_\_\_\_\_ et par le Dr H. \_\_\_\_\_ (cité

ci-dessus en pp. 4 à 7). Ces médecins y faisaient état d'une aggravation des plaintes douloureuses exprimées par l'assuré, lequel persistait à opposer un refus à toute médication antalgique visant le traitement de ses douleurs neuropathiques. Au terme de leur examen clinique, ils ont notamment retenu une parésie amyotrophifiante proximale du membre supérieur gauche, ce qui les a conduits à poser le diagnostic de plexopathie brachiale supérieure gauche, associée à une tendinopathie multiple de l'épaule gauche, post-traumatique (5 juillet 2016). L'évolution clinique était plutôt défavorable avec une perte de la motricité du biceps qui permettait une flexion l'année dernière, laquelle était cependant impossible au jour de la consultation. Le pronostic de récupération du membre supérieur gauche demeurait donc très réservé malgré quelques signes de repousses axonales. Au vu de ces éléments, les médecins prénommés ont estimé que l'incapacité de travail était de 80 %, l'utilisation du membre supérieur gauche demeurant en tout état de cause exclue.

**b)** Dans sa réponse du 7 avril 2020, l'office AI a relevé que les pièces médicales établies par les médecins de l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ ne rendaient pas plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré postérieurement à la décision du 18 juin 2018. Dans ces conditions, il aurait dû rendre une décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations et c'était dès lors comme telle qu'il fallait considérer la décision de refus de prestations du 21 janvier 2020. Partant, l'office AI a conclu au rejet du recours.

**c)** En guise de réplique, l'assuré a produit une copie du courrier adressé le 19 août 2020 au Dr G.\_\_\_\_\_ par le Dr L.\_\_\_\_\_. Celui-ci y mentionnait que la mobilité active du membre supérieur gauche n'avait quasiment jamais été retrouvée et que les chances d'une récupération fonctionnelle étaient faibles. Pour le surplus, il n'avait aucune proposition thérapeutique à formuler.

**d)** Dupliquant en date du 28 septembre 2020, l'office AI a maintenu que la décision litigieuse devait être considérée comme une

décision de refus d'entrer en matière. Par conséquent, dans la mesure où le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 19 août 2020 était postérieur à la décision attaquée, il n'avait pas à être pris en considération dans le cadre de la présente procédure. Au surplus, il ne contenait aucun élément nouveau mettant en évidence une aggravation de l'état de santé de l'assuré. En conséquence, l'office AI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

**e)** Dans ses déterminations du 13 octobre 2020, l'assuré a répété que, selon les rapports médicaux produits, sa capacité de travail n'était que de 20 %. Dès lors, il s'étonnait que l'office AI ait pu lui reconnaître un degré d'invalidité de 15 %, ce d'autant qu'il ne l'avait jamais convoqué à un examen clinique.

**f)** A l'appui de son courrier du 11 novembre 2020, l'office AI a transmis un avis médical du 30 octobre 2020 établi par le Dr V. \_\_\_\_\_. D'après ce médecin, les rapports médicaux produits dans le cadre du recours n'avaient pas rendu plausible une péjoration de l'état de santé. Au demeurant, contrairement à ce qu'il avait retenu dans son compte-rendu du 21 novembre 2019, il n'y avait pas lieu de retenir une activité strictement mono-manuelle. En effet, depuis l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, tous les consiliums neurologiques avaient montré que la motricité des segments distaux était préservée (main gauche et poignet gauche), si bien que l'utilisation de ces segments était exigible. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles énoncées par le Dr B. \_\_\_\_\_ conservaient toute leur validité. L'office AI en déduisait qu'il aurait dû rendre une décision de refus d'entrer en matière et c'était comme telle que la décision litigieuse du 21 janvier 2020 devait être traitée. Il a derechef confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

**g)** S'exprimant une ultime fois par pli du 28 novembre 2020, l'assuré a réitéré les observations contenues dans ses écritures antérieures.

## **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.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande de prestations du 2 juillet 2019.

**3. a)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c).

**b)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un

marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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.

**c)** 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]). Si l'administration est 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). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**d)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver

une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien

motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**5.** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

**6. a)** Dans sa réponse du 7 avril 2020, l'office AI voudrait que la qualification procédurale de la décision attaquée soit revue, en ce sens qu'il s'agissait en réalité d'un refus d'entrer en matière, faute pour l'assuré d'avoir rendu plausible une modification de son état de santé.

Tel n'est à l'évidence pas le cas. La décision attaquée du 21 janvier 2020 est certes une décision fondée sur l'exclusion d'une péjoration de l'état de santé, mais après une entrée en matière - à la suite de la réouverture de l'instruction par avis de détection précoce, puis après avoir requis le dépôt d'une nouvelle demande formelle -, sur la documentation médicale nouvelle produite par l'assuré. Que le Dr V.\_\_\_\_\_ du SMR ait conclu qu'il n'y avait pas eu d'aggravation de la situation depuis 2018, après avoir examiné les pièces médicales établies à compter de l'année 2019, postérieurement à la décision dont la révision est requise (décision de l'OAI-FR du 18 juin 2018), et dûment versées au dossier, relève de l'analyse au fond de rapports médicaux nouveaux,

respectivement de leur appréciation. Il y a donc bien lieu de considérer que le litige procède de l'examen du bien-fondé d'un refus de révision sur le fond, lequel s'appuie sur une documentation médicale nouvelle et pertinente.

**b)** Cela étant, la décision de refus de procéder à cette révision est manifestement fondée sur l'avis du SMR du 18 novembre 2019, succinctement établi par le Dr V.\_\_\_\_\_ et versé au dossier le 21 novembre 2019, qui retient, pour conclusion : « *Selon le RM [rapport médical] du 14 octobre 2019 par le professeur D.\_\_\_\_\_ il n'y a pas de nouveaux éléments indiquant une aggravation de l'état de santé depuis 2016. Le patient ne souhaite pas et refus de ttt [traitement] antalgique. Nous recommandons une activité mono-manuelle du bras droit. »*

Bien que le recourant ait expressément attiré l'attention sur une incapacité de travail attestée de 80 %, le SMR ne retient que l'avis de l'orthopédiste D.\_\_\_\_\_ du 14 octobre 2019, sans se rapporter aux autres rapports médicaux produits, occultant singulièrement le rapport établi au mois d'avril 2019 par le neurologue P.\_\_\_\_\_, lequel faisait clairement état d'une péjoration de l'état de santé, avec une répercussion significative sur la capacité de travail.

Or il ressort clairement du dossier que l'atteinte à la santé de l'assuré relève d'une double problématique bien distincte, neurologique d'une part, orthopédique d'autre part, chaque spécialiste renvoyant explicitement à l'avis des autres confrères pour se déterminer, ès qualité, sur les atteintes qui relèvent de leurs compétences respectives, ainsi que sur les répercussions sur la capacité de travail propres à chaque spécialité.

En se fondant sur une approche exclusivement orthopédique du cas, la décision attaquée s'écarte de manière insoutenable de l'état de fait déterminant. Les pièces médicales versées au dossier par l'assuré étant parfaitement explicites, il s'avère que l'instruction du cas est manifestement lacunaire.

**c)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Dans la mesure où les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète (art. 98 let. b LPA-VD), il se justifie de renvoyer la cause à l'office AI, auquel il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA ; cf. consid. 5 *supra*). A ce titre, il y aura lieu de procéder à une approche globale du cas, par la mise en œuvre d'une expertise indépendante, à tout le moins bidisciplinaire, sur les plans neurologique et orthopédique, avant de soumettre ces renseignements au SMR pour un avis, l'office AI demeurant libre d'ordonner toutes autres mesures d'instruction utiles. Il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision sur les prétentions du recourant.

**7.** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction au sens des considérants.

**8.** 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 21 janvier 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, le cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- M. J. \_\_\_\_\_,
- 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 :