

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2019

Composition : M. NEU, président
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

R. _____, à Vallorbe, recourant, représenté par Me Florence Bourqui,
avocate, 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) R. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité portugaise et titulaire d'un permis C, a travaillé comme [...] jusqu'au 13 novembre 2014. Son employeur a résilié son contrat de travail pour le 30 avril 2015. Depuis lors, l'assuré est sans emploi.

L'assuré a déposé une demande de détection précoce non datée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), expliquant qu'il se trouvait en incapacité de travail totale depuis le 13 novembre 2014.

Il ressort du rapport initial rédigé par l'OAI le 4 juin 2015 à la suite d'un entretien du même jour qu'à cette date, l'assuré se trouvait en incapacité de travail à 100 % depuis le 13 novembre 2014, souffrant d'un « status post neurolyse cubital au coude G + canal Guyon G avec une transposition du nerf cubital face palmaire du coude ». L'assuré avait subi une opération le 26 janvier 2015. Lors de cet entretien, l'assuré a déclaré qu'il présentait les mêmes symptômes à la main droite. Il a également indiqué qu'il estimait sa capacité de travail dans une activité adaptée à 100 % et a évoqué comme limitations fonctionnelles : port de charge, perte de la motricité, tous les travaux de force.

Le 19 juin 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI.

Le 2 juillet 2015, V. _____ SA (ci-après : V. _____ SA), assureur maladie perte de gain de l'employeur de l'assuré, a transmis à l'OAI son dossier médical. Y figuraient notamment :

- un rapport du 15 avril 2015 du Dr D. _____, médecin-assistant auprès du [...]. Aux termes de ce rapport, il a posé comme diagnostic « irritation + compression du nerf cubital au coude G », l'assuré présentant une incapacité de travail totale dès le 28

novembre 2014. Il a précisé que l'évolution post-opératoire était favorable.

- un rapport du 27 janvier 2015 du Dr K._____, médecin généraliste, posant le diagnostic de brachialgies, l'assuré ayant été en incapacité de travail entre le 13 et le 23 novembre 2014.

Dans une note du 28 juillet 2015 rendant compte d'un entretien téléphonique du même jour, l'OAI relevait que l'assuré avait indiqué que son état de santé s'était amélioré mais qu'il ne pouvait plus travailler en qualité de [...]. Il avait précisé souffrir des mêmes symptômes que ceux décrits dans sa demande de prestations, mais à la main droite.

Dans le questionnaire pour l'employeur complété le 2 septembre 2015, [...] a indiqué que le salaire annuel brut de l'assuré s'élevait à 71'500 francs.

Par rapport du 3 septembre 2015, le Dr D._____ a posé comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail « syndrome du tunnel cubital + compression du tunnel du Guyon main gauche ». Il a indiqué que l'évolution était progressivement favorable. Il a attesté d'une incapacité de travail de 50 % entre le 17 août et le 30 septembre 2015, et de 0 % dès cette date. Il a considéré que l'activité exercée était encore exigible du point de vue médical, la reprise de l'activité professionnelle devant être effective le 1^{er} octobre 2015, au taux de 100 %. Aux titres de travaux ne pouvant plus être exigés, il a retenu les activités uniquement en position assise et les activités uniquement en position debout.

Par lettre du 4 septembre 2015, faisant suite à un entretien téléphonique du même jour, l'OAI confirmait à l'assuré qu'il avait pris bonne note que, depuis le 1^{er} octobre 2015, il disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité.

Par communication du 3 novembre 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre

professionnel n'était possible à ce moment dès lors qu'il présentait une pleine capacité de travail dès le 1^{er} octobre 2015. L'OAI a également constaté qu'au terme du suivi dans le cadre des mesures d'intervention précoce, des mesures de reclassement professionnel n'étaient pas nécessaires. Il indiquait encore examiner le droit de l'assuré à d'éventuelles autres prestations.

Lors d'un entretien téléphonique du 11 novembre 2015, l'assuré a prévenu l'OAI du fait qu'il subirait une intervention au [...] le 14 décembre 2015.

Le 19 février 2016, la V._____ SA a transmis à l'OAI copie des nouvelles pièces de son dossier médical. Y figuraient notamment :

- un rapport du 3 novembre 2015 du Dr P._____, chef de clinique adjoint du Service de la Chirurgie plastique et de la main du [...], par lequel ce dernier a posé les diagnostics, au 28 novembre 2014, de syndromes douloureux et paresthésies de la main gauche, de tendinite du sus-épineux gauche, d'épitrôchléite gauche et, comme diagnostics définitifs, un syndrome de tunnel cubital gauche et un syndrome du tunnel cubital droit. Il a relevé une amélioration de l'état de santé de l'assuré. Il a encore indiqué une incapacité de travail du 17 août 2015 au 30 septembre 2015, à 50 %, et une reprise de l'activité à 100 % dès le 1^{er} octobre 2015.
- une lettre du 10 mars 2015 par laquelle les Drs D._____ et J._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main, ont informé le Dr X._____, médecin généraliste, du protocole opératoire de l'opération du 24 février 2015 qui portait sur la « neurolyse du nerf cubital dans son passage au coude avec transposition de ce dernier, versant palmaire sur l'épicondyle interne médial, fixée par un lambeau d'allongement pris au fascia musculaire à l'origine de l'extenseur sur l'épicondyle médial » et sur la « libération et neurolyse du nerf cubital au passage dans le canal de Guyon ».

Aux termes d'un formulaire de l'OAI du 4 mars 2016, l'assuré a indiqué ne pas être en incapacité de travail.

Par décision du 20 juin 2016, confirmant un projet du 2 mai 2016, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assuré. Il a considéré que ce dernier n'avait pas présenté d'incapacité de travail durable de sorte que le droit aux prestations n'était pas ouvert.

b) Le 28 mars 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, indiquant souffrir d'une atteinte sensitive des membres supérieurs d'origine mixte, d'une hyperuricémie, de céphalées, d'une probable céphalée trigémino-autonomique « type SUNCT » ou hémicrânie paroxystique, depuis le 13 novembre 2014.

Les documents suivants ont été transmis à l'OAI :

- une lettre du 4 décembre 2017 du Dr M._____, médecin généraliste, relevant que l'assuré présentait une atteinte sensitive des membres supérieurs d'origine mixte (status post neurolyse ulnaire coude gauche, décompression du nerf médian coude gauche, symptômes résiduels avec électroneuromyogramme normal, hyperuricémie sans antécédents de goutte, céphalées (hémicrânies gauches paroxystiques avec photophobie, rougeur et larmolement de l'œil gauche), probable céphalée trigémino-autonomique « type SUNCT » ou hémicrânie paroxystique, et une dépendance à l'alcool, l'assuré étant abstinent depuis le mois de décembre 2016), ainsi que des gonalgies et lombalgies récidivantes.
- un certificat du 29 janvier 2018 du Dr M._____ indiquant que : « par rapport au moment de la dernière décision AI (en octobre 2015 à ma connaissance), l'état de santé du patient susnommé a changé de manière à impiéter (sic) de manière durable sur sa capacité de travail ».

Par courrier du 3 avril 2018, 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.

Par lettre du 17 avril 2018, le Dr M. _____ a notamment exposé ce qui suit :

« M. R. _____ a subi en février 2015 une intervention chirurgicale au niveau de son coude [gauche], avec une demande AI dans cette période, comme c'est déjà mentionné dans votre dossier. En automne 2015, vu la bonne évolution chirurgicale, le patient a été jugé apte au travail à 100%, ce qui a stoppé le processus AI.

Par contre, déjà à ce moment là le patient était suivi pour des symptômes similaires au niveau du bras contre-latéral, avec finalement une deuxième intervention, en 12.2015, au niveau du coude [droit]. Si l'évolution strictement chirurgicale a été apparemment favorable, le patient s'est toujours plaint depuis de douleurs importantes, fourmillements et manque de force au niveau du coude, à [droite] plus qu'à [gauche], ce qui fait qu'il n'a jamais pu reprendre son travail de [...] (nécessitant le port de charges lourdes). Le suivi chirurgical a été interrompu en été 2017, [...], après qu'une évaluation neurologique (rapport en annexe) ait montré l'absence d'une atteinte nerveuse proprement dite au niveau du coude.

Vu la persistance des symptômes extrêmement gênants pour le patient et en vue d'une réinsertion, nous avons adressé le patient pour nouvelle évaluation chirurgicale spécialisée en début 2018 (rapport en annexe), qui propose une physiothérapie, une thérapie vitaminique et qui le juge apte à 100% dans une activité adaptée.

La thérapie vitaminique a été mise en place. Malheureusement, l'essai de physiothérapie a échoué [...].

Concrètement, le patient rapporte une hyperalgésie au toucher (effleurement), douleurs au niveau des coudes, parfois sensations de claquements/blocages au coude, doit toujours protéger l'intérieur du coude. Fourmillements ou doigts bloqués par moments, mais autrement pas gêné dans les activités quotidiennes. Tous ces symptômes sont apparus après l'opération. Cliniquement, je constate une sensibilité marquée au toucher au niveau d'une aire large comprenant la partie postéro-médiale du coude et de la ½ distale du bras, [des deux côtés], avec sensation de décharge électrique au toucher ou lors du port de charges. Douleur similaire autour de la cicatrice du poignet [gauche]. Force distale diminuée (serrer la main, faire l'anneau, garder les doigts écartés contre résistance).

Dans ce contexte, je considère que l'état de santé de M. R. _____ a changé par rapport à sa dernière évaluation par l'AI, que la poursuite d'un travail dans son ancien métier n'est pas possible et que des mesures de réinsertion sont nécessaires pour une activité adaptée. Vu la symptomatologie et la longue durée de la désinsertion professionnelle, je pense qu'un tel accompagnement est indispensable.

Problèmes :

- Atteinte sensitive des MS d'origine mixte, à composante fonctionnelle :
 - s/p neurolyse ulnaire coude G ([...], 02.2015)
 - décompression du n. médian coude D (Dr P. _____, 12.2015)
 - symptômes résiduels avec ENMG normale (05.2017)
 - Hyperuricémie sans atcd de goutte.
 - Céphalées (hémicrâniées G paroxystiques avec photophobie, rougeur et larmolement OG)
 - Probable céphalée trigémino-autonomique type SUNCT ou hémicrânie paroxystique (Dr [...], 09.2016)
 - [...]
 - Sdr. dépendance OH, abstinent depuis 12.2016
- [...] »

Le Dr M. _____ a joint à cet envoi :

- un rapport du 15 janvier 2018 de la Dresse S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Aux termes de ce document, la spécialiste a posé le diagnostic important de status post neurolyse-transposition des nerfs ulnaires aux coudes des deux côtés et à la loge de Guyon gauche en 2015. Elle a précisé qu'elle ne voyait pas quelle nouvelle intervention chirurgicale pourrait soulager le patient et qu'un traitement par vitamine B pourrait calmer l'état inflammatoire des nerfs, de même qu'une physiothérapie pour le travail sur la posture. Elle a considéré qu'un travail comme [...] serait difficile en raison du port de charges lourdes répété et du maintien d'une masse à l'horizontale pendant une longue durée. Le médecin a indiqué que l'assuré était apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée soit sans port de charge (moins de dix kilos du côté gauche et sans port maintenu de charges au-dessus de l'horizontale).
- un rapport du 30 janvier 2017 du Dr P. _____ posant comme diagnostics un syndrome du tunnel cubital gauche, un syndrome du

tunnel cubital droit, une cervicalgie et lombalgie. Ensuite d'une décompression du nerf médian au coude, le 14 décembre 2015, ce médecin a attesté une incapacité de travail de 100 % du 14 décembre 2015 au 20 février 2016.

- un courrier du 4 mai 2017 du Dr B._____, spécialiste en neurologie, indiquant avoir reçu l'assuré à sa consultation le 4 mai 2017, ce dernier se plaignant de fourmillements au bord interne de la main et aux deux derniers doigts à droite. Le spécialiste relevait qu'après examen de l'assuré, il constatait que les mouvements cervicaux étaient libres et indolores et relevait un signe de Tinel aux coudes, une hypoesthésie algo-tactile à la partie interne de la main et à l'ensemble des deux derniers doigts à droite. Ce médecin a précisé que l'examen électroneuromyographique (ENMG) ne permettait pas de démontrer de neuropathie cubitale droite. Etaient joints à cet envoi le rapport ENMG et les résultats de l'assuré.

- Un compte-rendu de traitement en ergothérapie du 26 mai 2016 de [...], ergothérapeute.

Aux termes d'un rapport du 4 mai 2018, la Dresse F._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu que les différents examens cliniques réalisés par les orthopédistes et le neurologue n'objectivaient pas de limitation fonctionnelle permettant d'admettre une péjoration de l'état de santé et que la dépendance à l'alcool n'était pas du ressort de l'AI.

Par décision du 18 juin 2018 confirmant un projet du 9 mai 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée par l'assuré. Il a considéré qu'il n'avait pas été en mesure de constater de modifications notables dans la situation professionnelle ou médicale de l'assuré.

B. Par acte du 13 août 2018, R._____, sous la plume de son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a également sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire. Sur le fond, le recourant a allégué ne plus être en mesure d'exercer son activité habituelle et a estimé le SMR et l'OAI n'avaient pas tenu compte de cette problématique dans leur analyse.

Par décision du 3 septembre 2018, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire dans la mesure de l'exonération des frais judiciaires et avances et de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Florence Bourqui.

Par réponse du 2 octobre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a relevé considérer que le recourant n'était pas parvenu à rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis le 20 juin 2016. Il a encore exposé que, même à retenir une modification de l'état de santé dans le sens d'une perte de l'exigibilité dans l'ancienne activité de [...], l'invalidité en découlant ne se serait pas modifiée de manière suffisante à influencer ses droits. L'intimé estimait en effet que la comparaison du revenu de l'assuré dans l'ancienne activité avec celui découlant de l'activité adaptée serait trop faible pour influencer son droit à une rente.

Répliquant le 22 octobre 2018, le recourant a persisté dans ses précédents motifs et conclusions.

Par duplique du 13 novembre 2018, l'intimé a également confirmé ses conclusions. Il a précisé que l'éventuel droit du recourant à d'autres prestations n'était pas concerné par la décision de refus d'entrer en matière.

Interpellé, le recourant a indiqué, le 27 novembre 2018, n'avoir rien à ajouter.

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. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, le présent litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 28 mars 2018.

3. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants 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).

La modification alléguée à l'appui de la nouvelle demande doit conduire l'autorité à supposer que, si les circonstances invoquées s'avèrent exactes, le droit à une rente d'invalidité (ou son augmentation) serait justifié (TF 9C_460/2014 du 11 septembre 2014 consid. 2 ; TFA I 238/02 du 20 avril 2003 consid. 2.2 et 2.3 ; TFA I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), 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). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas

en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 ; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

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).

c) 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

4. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 28 mars 2018. 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'au 18 juin 2018, date de la décision attaquée, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le 20 juin 2016, date de la dernière décision entrée en force.

5. a) Le 20 juin 2016, l'OAI avait rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assuré au motif que ce dernier n'avait pas présenté d'incapacité de travail durable. Il ressort en effet des éléments médicaux

au dossier que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 1^{er} octobre 2015 (cf. rapport du 3 novembre 2015 du Dr P._____). La décision de l'OAI était fondée sur les atteintes à la santé dont le recourant s'était plaint à l'époque, intéressant son coude gauche. Or, depuis lors, le recourant a souffert des mêmes problématiques concernant son coude droit. Il a ainsi subi une décompression du nerf médian au coude droit le 14 décembre 2015 et a été en incapacité de travail dès cette date et jusqu'au 19 février 2016 (cf. rapport du 30 janvier 2017 du Dr P._____). Depuis lors, le recourant s'est plaint de douleurs et de fourmillements.

Se considérant dans l'incapacité d'exercer son activité habituelle, l'assuré a adressé à l'OAI une nouvelle demande le 28 mars 2018. A l'appui de celle-ci, il a produit plusieurs rapports médicaux. Le 15 janvier 2018, la Dresse S._____ a exclu que l'assuré puisse reprendre son activité habituelle. Elle a précisé que l'assuré était apte à travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit sans port de charge supérieure à 10 kg et sans port de charge maintenu au-dessus de l'horizontale. Elle a également préconisé un traitement et une physiothérapie. Le 17 avril 2018, le Dr M._____ a constaté l'échec de la physiothérapie. Il a en outre relevé les nombreux symptômes dont souffrait l'assuré soit notamment une hyperalgésie au toucher, des douleurs au niveau des coudes, des sensations de claquement ou des blocages au coude, des fourmillements, des doigts bloqués et des décharges lors du port de charges. Il a précisé que ces symptômes étaient apparus ensuite de l'opération. Le médecin a déclaré considérer que l'état de santé de l'assuré avait changé depuis sa dernière évaluation de l'OAI et que la poursuite d'un travail dans son ancien métier n'était pas possible. Il a encore préconisé la mise en place de mesures de réinsertion. Ce rapport confirme le certificat médical du 29 janvier 2018 par lequel le Dr M._____ indiquait déjà que, depuis le 20 juin 2016, l'état de santé de l'assuré avait changé de manière à influencer de manière durable sur sa capacité de travail.

b) Les différents rapports médicaux susmentionnés attestent que, par rapport à la situation prévalant lors de la décision du 20 juin 2016, la situation du recourant s'est considérablement modifiée. Alors qu'à l'appui de sa précédente décision, l'OAI avait constaté que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, les médecins intervenus récemment s'accordent pour retenir que le recourant n'est plus en mesure d'exercer dite activité. Cet élément suffit à attester de la péjoration de l'état de santé du recourant ainsi que des nouvelles limitations fonctionnelles qu'il a développées depuis la première décision de l'OAI. La Dresse S. _____ a précisé ces limitations fonctionnelles : absence de port de charge supérieure à 10 kg et absence de port de charges au-dessus de l'horizontale (cf. rapport du 15 janvier 2018 de la Dresse S. _____). A cet égard, on ne peut que confirmer la conclusion de l'orthopédiste selon laquelle ces limitations ne permettent pas l'exercice de la profession de [...]. C'est le lieu de relever que les traitements qu'elle préconisait dans son rapport n'ont pas permis d'améliorer l'état de santé du recourant (cf. rapport du 17 avril 2018 du Dr M. _____). La situation décrite dans le rapport du 15 janvier 2018 de la Dresse S. _____ est ainsi toujours d'actualité.

Les éléments médicaux récents contrastent donc avec les rapports dont disposait l'OAI à l'époque de sa première décision du 20 juin 2016. Ils rendent plausibles une aggravation de l'état de santé propre à influencer le taux d'invalidité du recourant. Vu ces éléments, il se justifie déjà que l'OAI entre en matière sur la nouvelle demande de l'assuré du 28 mars 2018 et reprenne l'instruction du dossier.

6. Aux termes d'un raisonnement subsidiaire précisé dans le cadre de sa réponse au recours, l'intimé soutient que, même en retenant une modification de l'état de santé de l'assuré dans le sens d'une perte de l'exigibilité dans son ancienne activité de tôlier, l'invalidité en découlant ne suffirait pas à influencer ses droits dès lors que la comparaison de son revenu dans son ancienne activité avec celui découlant d'une activité réputée adaptée serait trop faible pour révéler un préjudice économique propre à influencer son droit à la rente, respectivement ouvrir ce droit.

a) Il y a lieu de rappeler que l'invalidité, quant à son fondement, tient à l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA), dite incapacité de gain procédant de 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 16 LPGA), dont le principe est ancré à l'art. 8 LAI. Pour l'octroi de telles mesures, il n'est pas nécessaire que l'invalidité ait atteint le degré minimum de 40 % ouvrant le droit à la rente (art. 28 LAI), mais il suffit que sa nature et sa gravité soient telles qu'elles puissent ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI ; TF 9C_905/2014 du 17 février 2015, consid. 2.2). Ainsi, par exemple, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement professionnel (art. 17 LAI) est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488, consid. 4.2).

Cela étant, l'examen par l'autorité compétente de la réalisation des conditions du droit aux prestations s'exerce dans le cadre d'une instruction d'office (art. 43 LPGA), et dans le respect du principe du droit des parties d'être entendues (art. 42 LPGA, formalisant cette garantie constitutionnelle générale de procédure de nature formelle ancrée à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). Ce droit, défini comme celui reconnu aux parties d'une procédure administrative de faire valoir leur point de vue envers l'autorité avant que celle-ci ne rende une décision à leur propos, porte sur les éléments relevant tant des faits que du droit (Anne-Sylvie Dupont, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, nos 6 ss. ad art. 42 LPGA).

b) En l'espèce, dans le cadre particulier d'un litige relatif au refus de l'intimé d'entrer en matière sur une nouvelle demande, ceci en présence d'une première décision de refus de prestations au motif que le recourant présente une capacité entière dans son activité habituelle, on ne saurait déduire du seul fait que l'assuré aurait une capacité de travail entière dans une activité réputée adaptée - alors même que cette pleine capacité n'est pas établie au vu de l'échec du traitement préconisé par la Dresse S. _____ (cf. rapport du Dr M. _____ du 17 avril 2018) - qu'il n'aurait pas droit à une rente ni à des mesures de réadaptation ou de réinsertion, sauf à violer son droit d'être entendu. Il est nécessaire d'entrer en matière sur la demande afin de procéder au calcul concret du taux d'invalidité. Il est en effet arbitraire de poser le constat, en spéculant sur un simple renvoi au compte individuel de l'assuré, que celui-ci ne présenterait a priori pas de préjudice économique, alors même qu'il ressort du dossier que la rémunération versée par son dernier employeur ascendait au revenu non négligeable de 71'500.- fr. par année et qu'il était qualifié de très doué dans son métier. Certes, à l'examen de son compte individuel, il apparaît qu'il a changé plusieurs fois d'employeurs, mais il a malgré tout perçu un salaire annuel de 62'830 fr. en 2011, et de 62'086 fr. en 2012, bénéficiant par ailleurs d'un certificat de capacité obtenu dans son pays et d'une formation complémentaire d'ouvrier en carrosserie reconnue en Suisse.

Enfin, au fait qu'il n'y a pas à préjuger du résultat d'un calcul du taux d'invalidité qu'il convient d'effectuer sur des données objectives et sur lesquelles le recourant a le droit d'être entendu dans ses déterminations, s'ajoute celui que seule la problématique du droit à une rente a été tranchée, à l'exclusion de la question de possibles mesures de réinsertion auxquelles l'intéressé pourrait prétendre. Or, selon la jurisprudence, les normes réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une décision entrée en force ne concernent, selon leur sens et leur but, que des demandes de prestations portant sur un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il est à

même de faire valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent (TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 2.2 ; ATF 117 V 198 consid. 4b). Ainsi, l'examen à l'éventuel droit à des mesures de réinsertion, dont on ne saurait préjuger l'exclusion, devait conduire à l'entrée en matière sur la nouvelle demande du recourant, respectivement à l'examen, de manière étendue sous l'angle des faits et du droit, de cette nouvelle demande de prestations, dans le respect du droit d'être entendu de l'intéressé.

7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande, en reprenne l'instruction et rende une nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI qui succombe.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Par décision du juge instructeur du 3 septembre 2018, il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 août 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Florence Bourqui. Cette dernière a indiqué, par courrier du 3 décembre 2018, s'en remettre à justice quant à la fixation de son indemnité. Compte tenu de ce qui précède, l'indemnité de Me Bourqui est arrêtée à 1'500 fr. (débours et TVA compris) et mise à la charge de l'OAI qui succombe. Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

**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 18 juin 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Florence Bourqui (pour R. _____),
- 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 :