

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 mai 2018

---

Composition : M. PIGUET, président  
MM. Neu et Métral, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par PROCAP,

et

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

---

**Art. 87 RAI**

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

**A.** Sans formation professionnelle, T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, a travaillé dans le bâtiment, comme paysagiste et comme portier d'étage dans un hôtel. En date du 5 mai 2006, il a été victime d'une chute dans les escaliers et a présenté une contusion du genou gauche. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

Une première arthroscopie, effectuée le 11 octobre 2006, a montré une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, qui a été suturée, et une deuxième arthroscopie, le 26 juin 2007, a révélé une nouvelle déchirure à l'angle postéro-interne de ce ménisque qui, cette fois, a été régularisé. En raison de la persistance de douleurs, une IRM du genou gauche a été réalisée le 27 septembre 2007 et n'a montré qu'un remaniement du ménisque interne, sans nouvelle déchirure.

Après avoir procédé à un bilan radiologique complémentaire, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en chirurgie orthopédique, a conclu, dans son rapport du 11 février 2008, à de vraisemblables troubles dégénératifs débutants du compartiment interne avec, sur les radiographies, un pincement net mais modéré, sans ostéophyte ni géode évidente, l'axe de charge passant juste médialement par rapport à l'épine tibiale interne. Il a estimé, tout comme le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, qu'un emploi adapté, léger et plus sédentaire s'imposait. Il a prescrit le port d'un support plantaire, qui n'a toutefois pas permis d'atténuer les douleurs.

Le 17 mars 2008, l'assuré 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).

Dans un rapport médical du 2 juin 2008, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une gonarthrose varisante interne gauche pour laquelle il a prescrit à l'assuré une attelle valgisante associée à un traitement médicamenteux. Au vu de l'évolution, il a finalement retenu l'indication à une ostéotomie de valgisation par ouverture interne et fixation par plaque Tomofix, à laquelle il a procédé le 22 octobre 2008.

Dans leur rapport respectif des 4 mars et 2 avril 2009, les Drs P.\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_ ont relevé une importante discordance entre les plaintes de l'assuré et la situation objectivement favorable.

L'assuré a séjourné à la L.\_\_\_\_ (ci-après : L.\_\_\_\_) du 1<sup>er</sup> avril au 5 mai 2009. Dans leur rapport médical du 13 mai 2009, le Dr B.\_\_\_\_ et la Dresse F.\_\_\_\_, médecin hospitalier, ont constaté un retard de consolidation de l'ostéotomie du tibia gauche sur la base d'un scanner du genou. Un consilium psychiatrique a été effectué le 9 avril 2009 et dans son rapport médical du 6 mai 2009, la Dresse K.\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a conclu à la présence chez l'assuré d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée d'intensité légère (F43.21). Elle mentionnait notamment ce qui suit dans son appréciation :

Sur le plan psychiatrique, il présente une symptomatologie évocatrice d'une réaction dépressive légère, dans un contexte de surcharge (chômage, naissance d'un enfant très prématuré, exil, décès de ses proches à l'exception de sa mère). Bien que ce patient ait fait preuve par le passé de bonnes ressources adaptatives, il apparaît aujourd'hui très fragilisé, et focalisé sur ses douleurs, sans projet d'avenir auquel se raccrocher. Il se refuse à toute idée thérapeutique, qu'il s'agisse d'une médication antidépressive, d'un suivi psychologique ou de la participation au groupe de relaxation.

Dans un rapport médical du 21 juillet 2009, le Dr X.\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de gonarthrose varisante interne à gauche et status après ostéotomie de valgisation type ouverture tibia proximal gauche en octobre 2008. Il a mentionné que l'évolution était tout à fait favorable depuis le séjour à la L.\_\_\_\_\_.

L'ablation du matériel opératoire a été effectuée le 12 janvier 2010.

Dans son examen final du 5 mai 2010, le Dr P.\_\_\_\_\_ a considéré que la consolidation avait été acquise en été 2007 et s'est référé, dans le cadre de la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, à une situation correspondant à une arthrose fémoro-tibiale interne de gravité moyenne. Il a conclu à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant les charges moyennes, les positions sollicitant fortement les genoux, les longs trajets, notamment en terrain accidenté, et la station debout prolongée.

Une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec des limitations fonctionnelles similaires, a également été retenue par le Dr M.\_\_\_\_\_, qui mentionnait en outre, dans son rapport médical du 8 juin 2010, une diminution de rendement de 10 à 20 % dans le sens qu'un travail debout avec port de charge, montées et descentes des escaliers n'était pas exigible. Il a posé comme diagnostics, outre les status après interventions chirurgicales, une gonarthrose varisante interne gauche, des douleurs fémoro-patellaires et une surcharge pondérale modérée.

Dans un avis médical du 24 juin 2010, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est rallié aux conclusions du rapport d'examen médical final du Dr P.\_\_\_\_\_.

Par décision du 12 novembre 2010, l'OAI a refusé de mettre l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité au motif qu'il présentait depuis le 13 décembre 2007 - en dehors de deux périodes d'incapacité de travail de courte durée à partir des 22 octobre 2008 et 12 janvier 2010 - une pleine capacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir avec port de charge moyenne, sans position sollicitant fortement les genoux, ni longs trajets notamment en terrain accidenté ni station debout prolongée. Se fondant sur les données salariales statistiques et appliquant un abattement de 10 % sur le revenu

d'invalidé en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré, l'OAI a calculé que le taux d'invalidité de ce dernier était de 10 %, ce qui ne lui donnait droit ni à une rente ni à un reclassement. Cette décision est entrée en force.

Par décision du 27 janvier 2011, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de l'assurance-accidents sur la base d'une diminution de la capacité de gain de 11 % à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2010 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %.

**B.** L'assuré a commencé un nouvel emploi à partir du 6 novembre 2011, qui s'est toutefois révélé inadapté à ses limitations dans le port de charge, de sorte qu'il a dû l'interrompre rapidement en raison de douleurs au niveau du genou.

**C.** Le 31 janvier 2017, l'assuré a fait parvenir à l'OAI, par l'intermédiaire du Centre social régional [...], un formulaire de détection précoce dans lequel il a indiqué souffrir de douleurs persistantes et chroniques au genou, de vertiges, d'insomnies et de fatigue chronique.

Dans un courrier du 17 mars 2017, il a indiqué que sa santé n'avait fait que décliner depuis la décision de refus de prestations du 12 novembre 2010, que ses douleurs au genou s'étaient aggravées, qu'il souffrait également de douleurs neuropathiques du territoire infrapatellaire du nerf saphène gauche ainsi que d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, avec syndrome somatique, précisant qu'il avait repris son suivi psychologique en janvier 2017.

Il a transmis à l'OAI les documents médicaux suivants :

- Un rapport médical du 26 mai 2016 des Drs R.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : Z.\_\_\_\_\_), qui constataient que radiologiquement, il n'y avait pas de péjoration de la gonarthrose depuis le dernier bilan et

supposaient que les douleurs permanentes dont l'assuré souffrait étaient neuropathiques.

- Un rapport médical établi le 18 octobre 2016 par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, qui posait le diagnostic de douleurs neuropathiques du territoire du rameau infrapatellaire du nerf saphène gauche, lequel avait pu être lésé pendant une des procédures chirurgicales. La douleur, qui était insomnante, avait débuté suite à l'opération de 2008 et son intensité - de 9/10 de fonds avec des pics à 10/10 - était assez stable actuellement. Le Dr N.\_\_\_\_\_ proposait des blocs diagnostiques du nerf saphène et envisageait une éventuelle cryothérapie. Au niveau médicamenteux, il attendait la liste des médicaments déjà essayés par l'assuré pour lui proposer une prise en charge.
- Un rapport d'investigations du 28 février 2017 de la psychologue V.\_\_\_\_\_, qui concluait à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, avec syndrome somatique (F33.11). Elle notait entre autres les éléments suivants :

Le patient est d'origine Angolaise, il est arrivé en Suisse comme demandeur d'asile politique en 2002. Il est maintenant nationalisé Suisse. Il est séparé de sa femme depuis l'été 2016, avec qui il a vécu 13 ans. Ils ont ensemble un fils de 9 ans. [...]

De son enfance, le patient évoque avoir vécu dans la peur constante, il a fui son pays à 18 ans, durant la guerre civile. Lorsqu'il est arrivé en Suisse, le patient a été aidé et soutenu par un ami qu'il qualifie de coach, il était parvenu, grâce à cet ami, à s'intégrer en Suisse et faire un réseau amical. Cependant, depuis que ce dernier est décédé en 2014, le patient s'est isolé progressivement. [...]

Il s'agit d'un patient qui fait son âge. Il évite le contact visuel (probablement lié à sa culture). Le discours est cohérent peu informatif, circonstancié. Les capacités d'introspection sont pauvres. La thymie est abaissée. Le patient évoque une tristesse, il pleure durant les entretiens. Il existe des troubles du sommeil sous forme de difficulté d'endormissement en lien avec ses douleurs, mais également avec une anxiété concernant son devenir. Il rapporte un sentiment d'inutilité, ainsi qu'une dévalorisation, hormis dans son rôle de père, qu'il investit positivement. Monsieur T.\_\_\_\_\_ n'a plus de projection, il s'est isolé et évoque des idées suicidaires non scénarisées. Nous ne relevons pas de trouble du cours ou contenu de la pensée. [...]

Il s'agit d'un homme qui semble présenter des blessures narcissiques probablement en lien avec un vécu d'enfance et qui ne semble pas être élaborable par le patient qui refuse d'en parler. Monsieur est parvenu à trouver un équilibre narcissique par un investissement professionnel, social, mais également avec une réussite financière qui lui permettait d'aider ses proches et de lui donner une reconnaissance personnelle. Il semble que les douleurs aient mis en échec ses investissements (avec la perte de son emploi, puis financière, le décès de son ami et sa séparation), et ont provoqué un effondrement narcissique, chez un patient qui présente un fonctionnement limite, avec l'émergence d'affects dépressifs, comme relevés dans le status. La chronicité des affects dépressifs nous oriente vers un trouble récurrent. Nous avons relevé un mécanisme d'évitement, ainsi qu'une anxiété en lien avec son passé. En effet, Monsieur T.\_\_\_\_\_ nous a rapporté des reviviscences nocturnes en lien avec une confrontation à la mort. Un potentiel état de stress post traumatique reste encore à évaluer.

Face à la souffrance psychique de Monsieur T.\_\_\_\_\_, ainsi que la précarisation de sa situation, nous lui avons proposé un suivi psychothérapeutique à moyen-long terme auprès du Dr W.\_\_\_\_\_ et de la psychologue Madame D.\_\_\_\_\_ du cabinet de consultation de [...].

Dans un avis médical du 28 juin 2017, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a pris position comme suit sur ces rapports médicaux :

[...] D'après le rapport du 18 octobre 2016 les douleurs neuropathiques dont se plaint l'assuré existerai[en]t depuis l'opération de 2008. Elles ont donc été prises en compte par la décision SUVA du 27 janvier 2011. Il n'y a pas de traitement médicamenteux de ces douleurs neuropathiques en octobre 2016. Ces douleurs sont sans répercussion sur l'état général et sur les fonctions des membres inférieurs.

Le rapport médical du Z.\_\_\_\_\_ du 26 mai 2016 décrit une stabilité de la gonarthrose posttraumatique.

Concernant les problèmes/plaintes somatiques, il s'agit uniquement d'un cas accident SUVA.

Le rapport non daté, mais postérieur à l'été 2016, de Madame V.\_\_\_\_\_, psychologue, oriente vers un trouble de l'humeur non traité et non suivi par un psychiatre. Ce document comporte des contradictions et il n'est pas de nature à assoir un diagnostic médical.

Les pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision AI ne fournissent aucun indice d'une aggravation notable et durable de l'état de santé. D'un point de vue médicothéorique, la capacité de travail est inchangée depuis la dernière décision AI.

Le 30 juin 2017, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au

motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

L'assuré a présenté ses objections par courrier de son mandataire du 29 août 2017. Il a fait valoir que les douleurs neuropathiques n'avaient encore jamais été mises en évidence, ni lors du séjour à la L.\_\_\_\_\_, ni par le Dr P.\_\_\_\_\_, qu'il s'agissait d'une lésion supplémentaire à l'arthrose fémoro-tibiale et que cette douleur avait été traitée par de multiples médicaments. Sur le plan psychiatrique, il a indiqué qu'il était suivi depuis novembre 2016 par le Dr W.\_\_\_\_\_ pour un trouble de l'humeur sévère. Il a produit deux nouveaux rapports médicaux :

- Dans un rapport établi le 18 août 2017, le Dr N.\_\_\_\_\_ reprenait le diagnostic de douleurs neuropathiques précédemment posé et énumérait les médicaments déjà essayés par l'assuré pour les traiter. La douleur était évaluée à 7/10. Le Dr N.\_\_\_\_\_ mentionnait notamment ce qui suit :

Au niveau asséculoologique, le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ du 05.05.2010, ayant conduit à un refus de prestation, mentionne bien dans l'anamnèse et le status, des éléments en faveur d'une atteinte neurologique (hypo et dysesthésie), mais la notion de douleur neuropathique n'apparaît pas dans la conclusion formellement. Bien que cet élément ne soit pas apparu depuis la dernière décision, sa prise en considération n'est pas claire dans la décision. Une douleur neuropathique a un impact fonctionnel plus grand pour une même intensité, pouvant expliquer les difficultés à suivre un cours par exemple en position assise prolongée.

Mon diagnostic reste donc inchangé depuis fin 2016 avec une douleur neuropathique infrapatellaire, qui doit être prise en compte comme lésion spécifique supplémentaire à l'arthrose fémoro-tibiale interne mentionnée dans le rapport AI.

- Un rapport établi le 25 avril 2017 par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assuré de manière hebdomadaire depuis novembre 2016 pour le traitement d'un épisode dépressif sévère et précisait ce qui suit :

STATUS

Il s'agit d'un patient faisant son âge. L'hygiène et la tenue sont correctes. Le discours est cohérent mais peu informatif, centré sur

ses douleurs somatiques et sa symptomatologie dépressive. Il faut questionner pour avoir accès à d'autres informations et avoir accès à son vécu. M. T.\_\_\_\_\_ refuse de parler de certains sujets (vie passée en Angola, séparation récente) qui lui sont douloureux. Il évoque cependant une profonde tristesse et parfois des idées noires non scénarisées disant que sa vie « n'est pas une vie ». D'importants troubles du sommeil sont présents, notamment une difficulté à l'endormissement et de nombreux réveils nocturnes, ce que le patient met en lien avec ses douleurs mais aussi avec une suractivité psychique nocturne et des ruminations sur sa situation actuelle et son avenir. Une anxiété importante est également présente. Hamilton : 25. Il n'y a pas de troubles du cours de la pensée.

#### DISCUSSION

M. T.\_\_\_\_\_ souffre d'un épisode dépressif sévère. L'introduction d'un traitement antidépresseur a été tentée mais a dû être interrompu suite à des effets secondaires importants ressentis par le patient. Sa symptomatologie s'exprime essentiellement par une humeur déprimée, des ruminations, des troubles du sommeil, une perte d'espoir, une agitation intérieure, des troubles du sommeil, des idées noires. Cet épisode dépressif semble dater de la période où il a eu son accident en 2005 et qui coïncide avec la naissance de son fils gravement prématuré ce qui a beaucoup perturbé le patient, ces deux événements semblent avoir fortement impacté les capacités adaptatives du patient. Selon les dires du patient, une aggravation s'est manifestée depuis une année.

Le Dr G.\_\_\_\_\_ s'est déterminé comme suit sur ces nouvelles pièces, dans un avis médical SMR du 6 octobre 2017 :

[...] Le compte rendu de consultation/courrier du 17 août 2017 du Dr N.\_\_\_\_\_ confirme que les problèmes/plaintes actuels de notre assuré sont similaires à ceux pris en compte par la SUVA lors de l'instruction initiale.

Le Dr W.\_\_\_\_\_, psychiatre, annonce dans un bref rapport daté du 25 avril 2017 à l'OAI que notre assuré souffre d'une dépression depuis l'accident de 2005.

Les pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision AI ne fournissent aucun indice d'une aggravation notable et durable de l'état de santé. D'un point de vue médicothéorique, la capacité de travail est inchangée depuis la dernière décision AI.

Par décision du 31 octobre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré, faute pour lui d'avoir rendu plausible que l'état de fait s'était modifié depuis la décision du 12 novembre 2010.

**D.** Par acte de son mandataire du 4 décembre 2017, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à ce que l'OAI soit condamné à entrer en matière sur la demande de prestations déposée en date du 31 janvier 2017. Il a fait valoir que même si les douleurs avaient débuté après l'opération de 2008, le diagnostic de douleurs neuropathiques n'avait jamais été posé auparavant et que cette lésion supplémentaire constituait une aggravation de son état de santé somatique. Sur le plan psychiatrique, il a relevé que seul un trouble de l'adaptation avait été évoqué lors du séjour à la L.\_\_\_\_\_, qu'il n'y avait alors ni suivi ni traitement médicamenteux alors qu'aujourd'hui il souffrait d'un épisode dépressif sévère confirmé par le Dr W.\_\_\_\_\_, et qui, même s'il semblait avoir été présent depuis 2005, s'était aggravé depuis une année. Il estimait avoir rendu plausible une aggravation de son état de santé, que ce soit sur le plan somatique ou psychiatrique, de sorte que l'intimé ne pouvait refuser d'entrer en matière.

Dans sa réponse du 10 janvier 2018, l'OAI a repris les éléments de l'avis médical du SMR du 28 juin 2017.

Par réplique du 1<sup>er</sup> février 2018, le recourant a précisé que lorsque des rapports médicaux insuffisamment motivés laissent présumer que l'obtention de renseignements supplémentaires permettrait de conclure à une modification de la situation, il incombait à l'OAI de procéder à de nouvelles investigations.

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

**1. a)** Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et

58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

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

**2.** Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant le 31 janvier 2017, singulièrement sur la question de savoir si ce dernier a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision statuant sur son droit aux prestations entrée en force.

**3.** 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]). Cette exigence permet à l'administration qui a précédemment rendu une décision 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 (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écartier des demandes excessives sans plus ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance-veillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3100 p. 840 s.). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; cf. TF 9C\_789/2012 précité consid. 2.2).

Il découle de ce qui précède que, 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 au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

**4.** En l'espèce, il faut se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de janvier 2017, a établi de façon plausible que les circonstances s'étaient modifiées depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 31 octobre 2017 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 12 novembre 2010. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

**a)** Sur le plan somatique, la décision initiale de refus de rente du 12 novembre 2010 se fondait principalement sur le rapport d'examen médical final du 5 mai 2010 du Dr P.\_\_\_\_\_ (cf. avis du SMR du 24 juin 2010), qui concluait à une arthrose fémoro-tibiale interne de gravité moyenne, datait la consolidation du genou à l'été 2007 et estimait que le recourant bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr M.\_\_\_\_\_ arrivait à la même conclusion dans son rapport médical du 8 juin 2010. Sur le plan psychique, seul un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée avait été retenu le 6 mai 2009 par la Dresse K.\_\_\_\_\_ suite au consilium psychiatrique réalisé lors du séjour à la L.\_\_\_\_\_.

**b)** Au niveau somatique, il ressort du rapport du 26 mai 2016 des Drs R.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ qu'il n'y a pas de péjoration de la gonarthrose depuis le dernier bilan radiologique. Ceux-ci évoquent cependant la présence de douleurs neuropathiques. Ce diagnostic est confirmé par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 18 octobre

2016, qui conclut à des douleurs neuropathiques du territoire du rameau infrapatellaire du nerf saphène. Contrairement à ce que retient le Dr G.\_\_\_\_\_ dans les avis SMR des 28 juin et 6 octobre 2017, les problèmes présentés par le recourant et ses plaintes ne sont pas similaires à ceux pris en compte par la CNA. Premièrement, le Dr N.\_\_\_\_\_ explique de manière précise dans son rapport du 18 août 2017 que si des éléments en faveur d'une atteinte neurologique ressortent de l'anamnèse et du status figurant dans le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ du 5 mai 2010, le diagnostic de douleurs neuropathique infrapatellaire n'a jamais été retenu formellement auparavant et sa prise en compte dans la précédente décision n'est pas claire. Il faut à cet égard constater que ni le Dr P.\_\_\_\_\_, ni le Dr M.\_\_\_\_\_ ne mentionnent l'existence de douleurs neuropathiques, pas plus que les médecins qui ont suivi le recourant durant son séjour à la L.\_\_\_\_\_. Il s'agit par conséquent d'un nouveau diagnostic qui n'avait pu être pris en considération précédemment.

Il apparaît en outre que l'intensité des douleurs n'est clairement pas la même puisque le recourant, lors de l'examen par le Dr P.\_\_\_\_\_, se disait relativement satisfait, même s'il présentait encore des douleurs dans le haut de la cicatrice, et avait renoncé à prendre des antalgiques et des AINS. Dans ses rapports, le Dr N.\_\_\_\_\_ note au contraire des douleurs évaluées à 9/10, voire 10/10 par pics, puis estimées après les premiers traitements à 7/10 en août 2017, et liste les nombreux médicaments déjà essayés par le recourant pour traiter cette douleur. La lecture que le Dr G.\_\_\_\_\_ fait du rapport médical du Dr N.\_\_\_\_\_ du 18 octobre 2016 est pour le moins contestable, puisqu'il se limite à retenir dans son avis de juin 2017 qu'il n'y avait pas de traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques en octobre 2016, alors que le Dr N.\_\_\_\_\_ indique clairement qu'il attendait d'obtenir la liste des médicaments déjà essayés avant de proposer une prise en charge et précise avoir effectué de suite un premier bloc diagnostique. Il a en effet effectué par la suite des essais de traitement par Imipramine et Trittico, qui se sont révélés infructueux, et envisageait encore d'autres médicaments (cf. son rapport du 18 août 2017).

Dans son rapport du 18 août 2017, le Dr N.\_\_\_\_\_ explique par ailleurs que le nouveau diagnostic de douleurs neuropathiques du territoire du rameau infrapatellaire du nerf saphène gauche est une atteinte spécifique supplémentaire à l'arthrose fémoro-tibiale interne retenue au moment de la décision du 12 novembre 2010. Il précise également qu'une douleur neuropathique a un impact fonctionnel plus grand pour une même intensité et peut notamment entraîner des difficultés à garder la position assise prolongée. Compte tenu des effets de ce nouveau diagnostic sur les limitations fonctionnelles du recourant, voire sur sa capacité de travail, il se justifie, pour cette raison déjà, de réexaminer plus en détail son droit aux prestations.

**c)** Sur le plan psychiatrique, la psychologue V.\_\_\_\_\_ et le Dr W.\_\_\_\_\_ posent actuellement le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère. Ils constatent une humeur déprimée, des ruminations, des troubles du sommeil, une perte d'espoir, une agitation intérieure et des idées noires. Ils relèvent également une anxiété importante. Les symptômes marqués de la lignée dépressive actuellement présents n'ont par conséquent plus aucune commune mesure avec les symptômes mis en évidence par la Dresse K.\_\_\_\_\_ en 2009.

Le Dr G.\_\_\_\_\_ estime, dans son avis SMR du 28 juin 2017, que le rapport établi par la psychologue V.\_\_\_\_\_ comporte des contradictions et qu'il n'est pas de nature à asseoir un diagnostic médical. Son point de vue ne saurait toutefois être suivi dans la mesure où celui-ci est formulé de manière péremptoire et sans le moindre étayage médical. De plus, après avoir pris connaissance du rapport médical du Dr W.\_\_\_\_\_ qui, en tant que spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, confirme la présence d'un épisode dépressif sévère, le Dr G.\_\_\_\_\_ ne prend nullement position sur ce nouveau diagnostic, mais se contente de qualifier de bref le rapport médical du psychiatre et n'en retient que le fait que l'assuré souffre d'une dépression depuis l'accident de 2005. Il faut au contraire constater que dans son rapport médical du 25 avril 2017, le Dr W.\_\_\_\_\_ relate l'anamnèse du recourant, expose le status actuel et détaille son diagnostic par une discussion. S'il mentionne effectivement

que l'épisode dépressif semble dater de la période de l'accident en 2005, il relève néanmoins qu'aux dires du patient, son état s'est aggravé depuis une année. Par ailleurs, la psychologue V.\_\_\_\_\_ expose parmi les éléments qu'elle estime décisifs dans l'effondrement narcissique du recourant le décès d'un ami et soutien proche en 2014 et sa séparation en été 2016, soit des événements postérieurs à la décision de l'OAI du 12 novembre 2010. Il en résulte que les rapports médicaux produits, de par le diagnostic posé et les informations médicales qu'ils contiennent, rendent plausible une aggravation de l'état de santé psychique du recourant depuis la précédente décision de l'OAI.

**d)** Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il y a lieu de conclure que les rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande rendent plausible une modification des circonstances propre à influencer ses droits.

**5. a)** En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision de refus d'entrer en matière du 31 octobre 2017. Il s'ensuit que la cause doit être renvoyée à l'office intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par le recourant le 31 janvier 2017, procède à son instruction et rende une nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Le recourant voit ses conclusions admises, de sorte qu'il peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimé. Il convient de fixer cette indemnité à 2'000 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA).

**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 31 octobre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et 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 au recourant une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs).

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- PROCAP (pour le recourant),
- 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 :