

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 septembre 2019

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Oppikofer, assesseur  
Greffière : Mme Monod

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 87 RAI.**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1973, technicien aérien de formation, a effectué des missions temporaires par l'intermédiaire de D.\_\_\_\_\_SA.

Employé en qualité de monteur-électricien par la société B.\_\_\_\_\_SA dès le 24 juillet 2012, il a été victime d'un accident de travail le 4 septembre 2012, à savoir un écrasement de la main droite, pris en charge par la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). Ont été traitées par intervention chirurgicale au sein de l'Hôpital [...] une fracture ouverte de la phalange intermédiaire de l'annulaire et une subamputation de la troisième phalange de l'auriculaire.

L'assuré a séjourné au sein de la Clinique F.\_\_\_\_\_ du 12 février 2013 au 13 mars 2013. Les spécialistes l'ayant examiné ont mis en évidence les diagnostics suivants aux termes de leur rapport du 9 avril 2013 :

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques de la main droite ;
- Allodynie de D2, D3, D4 et D5 de la main droite ;
- Algodystrophie de la main droite ;
- Traumatisme par écrasement de la main droite le 04.09.2012 avec fracture ouverte de P2 D4 et subamputation de P3 D5 traitées par embrochages ;
- Trouble de l'adaptation, réaction mixte, dépressive et anxieuse avec symptômes anxieux de type PTSD-like ;
- Tabagisme actif.

A l'issue de l'examen final réalisé le 11 novembre 2013 par son médecin d'arrondissement, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, la CNA a retenu que l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 50 % dès le 18 novembre 2013 et de 100 % un mois plus tard. Elle a mis fin à ses prestations par décision du 9 janvier 2014, confirmée sur opposition le 6 mars 2014. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours subséquent de l'assuré par arrêt du 30 décembre 2014 en la cause AA 36/14 - 134/2014.

**B.** Dans l'intervalle, le 7 mai 2013, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité par dépôt du formulaire correspondant auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

L'OAI a sollicité le dossier constitué par la CNA et des rapports auprès des différents médecins traitants de l'assuré. La Dre E.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a indiqué le 4 juin 2013 que son patient souffrait, des suites de l'écrasement de sa main droite, d'une algodystrophie et d'un état de stress post-traumatique. Il était en incapacité totale de travail depuis le 4 septembre 2012. Une diminution de la force de la main droite et de la capacité d'exécution de gestes fins, ainsi qu'une sensibilité au froid étaient mentionnées au titre de limitations fonctionnelles. Le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a pour sa part relevé le 7 juin 2013 que l'évolution radiologique et clinique était bonne, mais que l'assuré souffrait de douleurs à la palpation et d'une perte de force. Il était toutefois susceptible de reprendre une activité dès le 1<sup>er</sup> mai 2013, sans tâches manuelles lourdes, ni port de charges supérieures à 5 kg. Quant au Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, il a retenu le 8 juillet 2013 le diagnostic d'un état de stress post-traumatique (F43.11). L'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible, mais une activité en dehors des chantiers était souhaitée par l'assuré. Un traitement psychothérapeutique et une médication devaient être maintenus.

A l'issue d'un rapport médical actualisé du 4 décembre 2013, la Dre E.\_\_\_\_\_ a réitéré les diagnostics précédemment évoqués et estimé que la capacité de travail de l'assuré devait faire l'objet d'une évaluation, de même que les possibilités d'adaptations professionnelles pour tenir compte de ses restrictions fonctionnelles. Le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ayant repris le suivi de l'assuré, a de son côté souligné le 11 avril 2014 que l'état de santé de son patient n'était

pas suffisamment stable et qu'une reprise d'activité ne pourrait qu'aggraver son état psychique en dépit de sa motivation.

Compte tenu de ces éléments, l'OAI, sur recommandation du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 21 mai 2014, a mis en œuvre une expertise psychiatrique de l'assuré, dont le mandat a été confié au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, par avis du 22 janvier 2015. Ce dernier a communiqué son rapport d'expertise le 27 février 2015, retenant les diagnostics d'un épisode dépressif léger et d'un trouble anxieux non spécifié. Il a conclu à une incapacité de travail de 30 % (diminution de rendement ou diminution du temps à la place de travail) pour toute activité exercée sur des chantiers. En revanche, il n'a pris en compte aucune incapacité de travail pour des motifs psychiatriques dans une activité adaptée hors chantiers.

L'OAI a réceptionné de nouvelles pièces médicales le 2 septembre 2015. Un rapport du 10 juillet 2015 d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche réalisée à la Clinique M.\_\_\_\_\_ mettait en évidence une pèjoration du status cartilagineux fémoro-patellaire avec éventuelle dysplasie trochléaire et une lésion de grade 2 du ménisque médial. Un certificat établi le 31 août 2015 par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, indiquait que l'assuré l'avait consulté pour des gonalgies bilatérales en raison de lésions cartilagineuses fémoro-patellaires. Il présentait en outre des lombalgies et des lésions aux 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts droits. Une reconversion professionnelle était nécessaire dans une activité sans montée, ni descente d'escaliers, ainsi que sans port de charges lourdes.

Sur demande de précisions de l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_ a souligné le 1<sup>er</sup> octobre 2015 que l'assuré présentait, au genou gauche, des lésions cartilagineuses fémoro-patellaires associées à une dysplasie trochléenne et une lésion stade II du ménisque interne, et au genou droit, des altérations dégénératives des cornes postérieures des ménisques interne et externe, une chondropathie stade IV du versant latéral de la rotule et une relative hypoplasie de la gorge intercondylienne avec une discrète

luxation latérale de la rotule. Il restait en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée à 100 %.

La Dre E.\_\_\_\_\_ a répondu à l'OAI le 11 octobre 2015, signalant les diagnostics de gonalgie droite, de lombalgie simple et de séquelles de mobilisation de la main droite. Son patient présentait des limitations à la flexion des doigts et une sensibilité au froid à la main droite, ainsi que des restrictions de sa mobilité en raison de l'arthrose du genou.

L'OAI a diligenté un examen rhumatologique de l'assuré, réalisé le 8 décembre 2015 par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation et rhumatologie, au sein du SMR. Ce dernier a rédigé son rapport le 19 janvier 2016 et fait état des diagnostics suivants :

Diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail :

- Status post-fracture ouverte de P2 D4 et subamputation de P3 D5 ; algoneurodystrophie secondaire (S62.60).
- Gonarthrose fémoro-patellaire gauche.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- Ancienne fracture du coude gauche traitée conservativement dans l'enfance.
- Lombalgies communes dans un contexte de troubles dégénératifs débutants.
- Pré-obésité.

Le Dr H.\_\_\_\_\_ a constaté que l'examen des mains ne montrait plus d'algoneurodystrophie active, mais que l'assuré gardait un défaut d'enroulement des trois derniers doigts de la main droite et qu'une allodynie persistait sur la pulpe de ces trois doigts, avec une force de préhension diminuée. L'examen des genoux était en revanche rassurant, l'assuré conservant une mobilité complète, sans amyotrophie, ni épanchement, ni défaut d'axe. L'assuré était en mesure de marcher à une vitesse normale, sans boiterie et était capable de s'accroupir complètement. Les documents d'imagerie (IRM des 10 et 14 juillet 2015) permettaient de conclure à une gonarthrose fémoro-patellaire débutante du genou gauche (chondropathie fémoro-patellaire et début d'ostéophytose de la pointe supérieure de la rotule) et à des troubles

dégénératifs débutants du genou droit (chondropathie du cartilage fémoral interne et début d'ostéophytose de la pointe supérieure de la rotule). L'examen du rachis mettait en évidence une augmentation de la cyphose dorsale et un relâchement de la sangle abdominale, sans syndrome rachidien lombaire. Se basant sur les éléments radio-cliniques objectivables, le Dr H. \_\_\_\_\_ a retenu des limitations fonctionnelles d'épargne de la main droite et du genou gauche, lesquelles étaient incompatibles avec l'exercice de l'activité habituelle de l'assuré. Il a conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité de monteur-électricien et à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit sans travaux de force, ni travaux de vissage répété, sans travaux nécessitant une dextérité importante des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> rayons, sans port de charges répété en bimanuel au-delà d'une quinzaine de kilos, ainsi que sans travail prolongé en station à genou ou accroupie, ni montée et descente répétée d'escaliers. L'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée était fixée à 50 % depuis le 18 novembre 2013 et à 100 % dès le 18 décembre 2013 selon les observations communiquées en son temps par \_\_\_\_\_ le Dr J. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen final à l'attention de la CNA.

Par projet de décision du 8 février 2016, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de lui allouer une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré de 50 %, pour la période limitée s'étendant du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 31 mars 2014. Dès cette date, un degré d'invalidité s'élevant à 6,48 %, déterminé sur la base des salaires statistiques compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ne lui ouvrirait plus le droit à des prestations.

En dépit des objections formulées par l'assuré le 9 mars 2016, une décision reprenant les éléments du projet précité a été établie le 27 avril 2017 et est entrée en force en l'absence de toute contestation subséquente.

**C.** L'assuré a sollicité le réexamen de sa situation auprès de l'OAI par l'intermédiaire d'un courrier de la Dre E. \_\_\_\_\_ du 3 juin 2018. Cette

praticienne soulignait que son patient souffrait des séquelles douloureuses de l'écrasement de sa main droite limitant sa mobilité fine. Elle indiquait par ailleurs que l'assuré avait développé une arthrose du genou droit, suivie par le Dr K.\_\_\_\_\_, entraînant des douleurs importantes de la marche (notamment avec dénivelé) et une lombalgie chronique sans sciatalgie, ni cruralgie. Un rapport d'IRM du genou droit de la Clinique M.\_\_\_\_\_, daté du 14 juillet 2015, faisait état d'altérations dégénératives mucoïdes des cornes postérieures des ménisques interne et externe, sans déchirure visible, d'une chondropathie de grade 4 du versant latéral de la rotule, ainsi que d'un aspect relativement hypoplasique de la gorge intercondylienne et d'une très discrète subluxation latérale de la rotule. Un rapport d'IRM lombaire du 28 février 2018, rédigé par le Centre d'Imagerie N.\_\_\_\_\_, concluait à des protrusions discales étagées postéromédianes légèrement sténosantes de L3-L4 à L5-S1 avec légère arthrose interfacettaire en L4-L5 et L5-S1, sans signe de conflit radiculaire.

Invité par l'OAI à rendre plausible une modification substantielle de son état de santé par courrier du 12 juin 2018, l'assuré a complété un formulaire de demande de prestations de l'assurance-invalidité le 18 juin 2018 et joint une copie de la correspondance de la Dre E.\_\_\_\_\_ du 3 juin 2018, munie des rapports d'imagerie susmentionnés. En outre, un nouveau rapport de la Dre E.\_\_\_\_\_ a été établi le 12 juillet 2018 à l'attention de l'OAI. Cette praticienne retenait les diagnostics d'algoneurodystrophie de la main droite, d'arthrose sévère du genou gauche et de dorso-lombalgies chroniques. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle d'électricien, mais entière dans une activité sans station debout prolongée, sans marche en terrain accidenté, sans exposition au froid et sans travail de précision avec la main droite, ainsi que sans port de charges, ni travail avec les mains au-dessus de l'horizontale.

Consulté pour avis, le Dr P.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé le 30 octobre 2018 que les pathologies évoquées par la Dre E.\_\_\_\_\_ n'étaient pas nouvelles et n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles supplémentaires, quand bien même elles évoluaient défavorablement. La

capacité de travail demeurerait entière dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré.

Par projet de décision du 1<sup>er</sup> novembre 2018, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il envisageait de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

En date du 12 novembre 2018, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un rapport du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_ du 10 septembre 2018. Ce document relatait que l'assuré avait fait une chute à vélo le 29 juin 2018, laquelle avait entraîné une exacerbation des douleurs lombaires avec des sciatgies bilatérales. Une discrète discopathie C2-C3 à C5-C6 sans hernie significative et une discopathie L4-L5 sans hernie avaient été observées à la suite d'un IRM du 9 août 2018. Les spécialistes du Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_ ont cependant conclu à l'absence de conséquence majeure de cet accident et préconisé des traitements par visco-supplémentation et physiothérapie. Un arrêt de travail était limité au 1<sup>er</sup> octobre 2018. Était également observé un testing musculaire non corrélé à l'examen fonctionnel en présence d'un patient très démonstratif. L'assuré a également annexé à sa correspondance un tirage de sa demande de facilité de stationnement pour personnes à mobilité réduite du 25 juin 2018, signée par un médecin du Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_.

L'OAI a rendu sa décision le 10 décembre 2018 et refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré.

**D.** C. \_\_\_\_\_ a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 25 janvier 2019, concluant à son annulation et à ce que l'OAI soit invité à instruire la demande de réexamen formulée le 15 juin 2018 [recte : le 3 juin 2018]. Il s'est prévalu de la constante dégradation de son état de santé, attestée à son avis par son médecin traitant le 3 juin 2018, ainsi que dans les divers rapports médicaux produits à l'appui de sa nouvelle demande de prestations. Il a préalablement requis la suspension de la procédure et

l'octroi d'un délai en vue de produire des pièces médicales supplémentaires.

Par correspondance du 29 janvier 2019, la magistrate instructrice a rejeté cette requête de suspension de la cause vu la nature du litige.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 4 avril 2019 et a proposé son rejet, se référant pour l'essentiel à l'avis du SMR du 30 octobre 2018.

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

**1. a)** 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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la 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 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours formé le 25 janvier 2019 contre la décision de l'intimé du 10 décembre 2018 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

**b)** Est exclusivement litigieux in casu le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations présentée par le recourant, au motif ce dernier n'a pas rendu plausible une modification de

son état de santé susceptible d'influer sur son droit à des prestations depuis la décision du 27 avril 2017.

**3. a)** Aux termes de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012] ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que, lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

**b)** Selon la jurisprudence fédérale (applicable mutatis mutandis à l'actuel art. 87 al. 2 et 3 RAI), l'exigence posée par l'ancien art. 87 al. 3 et 4 aRAI 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 alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b ; 109 V 108 consid. 2a). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 259).

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'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. 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 en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

**c)** 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 de l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 122 V 158 consid. 1a et les références).

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 (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> 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 ; 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3).

Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, 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 précité ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2).

**d)** On ajoutera que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5).

**4.** En l'espèce, la date du 27 avril 2017 constitue la date déterminante à laquelle il y a lieu de comparer les éléments versés à l'appui de la nouvelle demande de prestations du 3 juin 2018. Le 27 avril 2017 correspond en effet à la date de la précédente décision, aux termes de laquelle l'intimé a procédé à un examen matériel des droits du recourant. Dans ce contexte, l'examen de la Cour de céans doit se limiter au point de savoir si les pièces produites en procédure administrative impliquent l'instruction au fond de la nouvelle demande de prestations.

**5.** Dans le cadre de l'instruction de la première requête de prestations déposée par le recourant, celui-ci a fait l'objet d'une expertise psychiatrique réalisée par le Dr L.\_\_\_\_\_ et d'un examen clinique rhumatologique effectué au sein du SMR par le Dr H.\_\_\_\_\_.

**a)** Le recourant ne fait valoir aucune modification sur le plan psychiatrique de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en discuter plus avant.

**b)** Du point de vue somatique, à la date du 27 avril 2017, seuls les diagnostics d'un status post-fracture ouverte de la phalange intermédiaire de l'annulaire et subamputation de la troisième phalange de l'auriculaire avec algoneurodystrophie secondaire et d'une gonarthrose fémoro-patellaire gauche ont été pris en compte au titre de diagnostics se répercutant sur la capacité de travail du recourant. Une ancienne fracture du coude gauche, des lombalgies communes et une pré-obésité étaient mentionnés dans les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail. Le recourant était doté d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 18 décembre 2013. Dite activité ne devait pas comporter de travaux de force, de vissage répété ou nécessitant une dextérité importante des quatrième et cinquième rayons de la main droite. Le port de charge répété en bimanuel devait être évité au-delà de quinze kilos, de même qu'un travail prolongé en station à genou ou accroupie ou comportant la montée et la descente répétée d'escaliers. Le Dr H.\_\_\_\_\_ du SMR s'était fondé, en sus des éléments ressortant de son examen clinique, sur les pièces versées au dossier du recourant, dont les documents d'imagerie des genoux des 10 et 14 juillet 2015, pour aboutir aux conclusions ci-dessus.

**6.** **a)** A l'appui de sa demande de réexamen du cas, le recourant se prévaut notamment du rapport du 3 juin 2018 de la Dre E.\_\_\_\_\_, auquel étaient annexés le rapport d'IRM du genou droit du 14 juillet 2015 et un rapport d'IRM lombaire du 28 février 2018.

La Dre E.\_\_\_\_\_ évoque en premier lieu les séquelles douloureuses de l'accident survenu à la main droite du recourant le

4 septembre 2012, lesquelles altèrent sa motricité fine. A cet égard, on peut observer que le Dr H. \_\_\_\_\_ avait fait état de cette problématique, lors de son examen du 8 décembre 2015, et avait précisément retenu des limitations fonctionnelles du fait de ces séquelles. A ce stade, la Dre E. \_\_\_\_\_ ne relate donc aucune aggravation plausible de l'état de la main droite du recourant, ni de nouvelles limitations fonctionnelles consécutives à cette problématique, la situation s'avérant strictement superposable à celle observée par le Dr H. \_\_\_\_\_.

En second lieu, la Dre E. \_\_\_\_\_ expose que son patient aurait développé une arthrose du genou droit, laquelle entraînerait des douleurs lors de la marche en terrain dénivelé, soit par exemple la montée d'escaliers. Or, cette praticienne avait déjà mentionné cette problématique sur questions de l'OAI dans un rapport du 11 octobre 2015. Il apparaît que l'arthrose du genou droit était connue du Dr H. \_\_\_\_\_ à l'occasion de son examen, ce dernier ayant d'ailleurs dûment fait état du rapport d'imagerie du 14 juillet 2015 dans son rapport du 19 janvier 2016. Il ne s'agit donc en aucun cas d'une nouvelle atteinte à la santé qui serait survenue postérieurement à la décision du 27 avril 2017. On ne voit au demeurant pas que cette problématique engendrerait effectivement de nouvelles limitations fonctionnelles, celles décrites en son temps par le Dr H. \_\_\_\_\_ apparaissant couvrir largement les restrictions liées à l'atteinte du genou droit.

Quant aux lombalgies chroniques, évoquées en dernier lieu et attestées par le rapport d'IRM du 28 février 2018, celles-ci avaient été relevées \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_ le Dr H. \_\_\_\_\_ au terme de son examen spécialisé. Si une évolution défavorable de cette problématique est certes plausible, on ne peut toutefois retenir qu'il en résulterait de nouvelles limitations fonctionnelles. A cet égard, on peut d'office considérer que les restrictions énumérées par le Dr H. \_\_\_\_\_ sont compatibles avec les lombalgies présentées par le recourant, que ce spécialiste avaient considérées comme sans incidence durable sur la capacité de travail.

**b)** En date du 12 juillet 2018, le recourant a produit un nouveau rapport de la Dre E.\_\_\_\_\_, aux termes duquel cette praticienne relate notamment une arthrose sévère du genou gauche et des restrictions en lien avec la station debout prolongée. Cela étant, ces allégations ne sont étayées par aucun élément clinique objectif qui viendrait préciser la mesure d'une éventuelle aggravation de la situation. Dès lors, ce document ne permet pas de considérer comme plausible une altération de l'état de santé du recourant.

**c)** Enfin, le recourant a adressé à l'intimé un rapport du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ du 10 septembre 2018, lequel mentionne uniquement une exacerbation des douleurs lombaires, consécutivement à une chute à vélo, sous suite d'une incapacité de travail limitée à une courte période. Les examens conduits au sein du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ ne mettent au demeurant pas en évidence de nouvelles pathologies durables, ni aucune indication en faveur d'une plausible aggravation durable de l'état de santé du recourant, les spécialistes ayant expressément exclu toute « conséquence majeure » de cette chute, « dans un contexte de lombalgies déjà chroniques ». Au surplus, la demande de facilité de stationnement formulée par le recourant ne constitue pas un document suffisamment étayé médicalement pour justifier d'une aggravation plausible de son état de santé.

**d)** Compte tenu de ce qui précède, on peut par conséquent se rallier à l'appréciation du Dr P.\_\_\_\_\_ du SMR, telle que communiquée dans son avis du 30 octobre 2018.

Il y a ainsi lieu de déduire que le recourant n'a pas rendu plausible une modification substantielle de sa situation qui imposerait le réexamen de ses droits à des prestations au sens entendu par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. L'intimé était donc légitimé à ne pas instruire sur le fond la demande subséquente présentée par le recourant et à prononcer le refus d'entrer en matière litigieux.

**e)** On ajoutera qu'au vu de la jurisprudence citée sous consid. 3c supra, les requêtes du recourant tendant à la production de nouvelles pièces médicales et à la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaire de la cause ne peuvent qu'être écartées.

**7.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

**a)** 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge du recourant, sont arrêtés à 400 francs.

**b)** Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 10 décembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- C. \_\_\_\_\_, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :