

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 août 2021

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Huser

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Valérie Maurer, avocate à  
Auvernier,

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.** V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, ayant effectué une formation professionnelle initiale d'ébéniste, toutefois sans obtenir de Certificat fédéral de capacité (CFC), a travaillé comme chef de vente auprès de [...] SA du 5 septembre 1985 au 31 août 2007, date de son licenciement.

En 1976, l'assuré a été victime, dans le cadre de l'école de sous-officiers, d'un accident, lors duquel il a subi une distorsion du genou gauche. Une première intervention a été effectuée le 23 février 1977, consistant en une méniscectomie externe du genou gauche et la seconde a eu lieu le 27 octobre 1977, sous la forme d'une transposition de la tubérosité du tibia droit. L'assuré a, par la suite, développé une gonarthrose tricompartmentale du membre inférieur gauche. Cette atteinte a été prise en charge par l'assurance militaire en tant que séquelle tardive de la distorsion du genou gauche subie en 1976.

**a)** Le 20 août 2007, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en invoquant une hernie discale, opérée en mai 2006, et des problèmes de motricité du dos et de la jambe droite, malgré l'opération, avec des douleurs insupportables.

Par décision du 5 septembre 2008, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité au motif que celui-ci disposait d'une pleine capacité de travail tant dans son activité habituelle de chef de vente que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges au-delà de 7.5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assise/debout, minimum 2x à l'heure, de préférence à la guise de l'assuré, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis contre résistance, pas d'activité sur terrain instable, pas d'exposition à des machines-outils ou à des vibrations prolongées, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas de position statique

debout au-delà de 10 à 15 minutes, diminution du périmètre de marche à environ une heure. L'assuré était ainsi en mesure de réaliser un revenu excluant le droit à une rente.

**b)** Le 24 juin 2011, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité. L'OAI est entré en matière sur cette nouvelle demande et a repris l'instruction pour aboutir à la conclusion, en septembre 2017, qu'aucune aggravation de l'état de santé du recourant ne pouvait être retenue et que celui-ci disposait toujours d'une pleine capacité de travail dans toute activité qui n'était pas physiquement lourde et qui ne nécessitait pas de port de charges importantes (plus de 15 kg).

Par arrêt du 12 décembre 2019 (AI 321/17 - 394/2019), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) a considéré que le rapport d'évaluation interdisciplinaire de la Clinique J. \_\_\_\_\_ ( [...]) du 22 octobre 2015 ainsi que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre d'expertises M. \_\_\_\_\_ ( [...]) du 26 juillet 2016, sur lesquels s'était fondé l'OAI dans sa décision du 4 septembre 2017, avaient pleine valeur probante. Elle a par conséquent rejeté le recours formé par l'assuré en date du 6 octobre 2017.

**c)** Le 17 avril 2020, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI.

A l'appui de sa demande, il a produit un rapport médical du 25 mars 2020 de son médecin traitant, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, dans lequel ce dernier a invoqué une aggravation de l'état de santé de son patient. Le Dr N. \_\_\_\_\_ s'est référé à des rapports de 2019 dans lesquels il avait indiqué que l'assuré présentait une persistance des symptômes en rapport avec une polyneuropathie sensitive ou motrice longueur-dépendante à prédominance sensitive d'origine indéterminée avec une réponse incomplète au traitement, au prix d'effets secondaires eux-mêmes limitants, notamment une sédation importante, des sensations ébrieuses

et des troubles de la concentration et a considéré que son patient présentait une péjoration de son état de santé, responsable d'une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle. Le Dr N. \_\_\_\_\_ estimait nécessaire la mise en œuvre d'une expertise médicale multidisciplinaire.

Dans un compte rendu de la permanence du Service médical régional AI (SMR) du 23 avril 2020, il est indiqué que la correspondance du Dr N. \_\_\_\_\_ du 23 mars 2020 n'apportait pas d'éléments nouveaux.

Par projet de décision du 28 avril 2020, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

Dans le cadre de la contestation au projet de décision, l'assuré a produit un nouveau rapport du Dr N. \_\_\_\_\_, daté du 30 juin 2020, dans lequel ce médecin a mentionné les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de polyneuropathie sensitivo-motrice sévère à prédominance sensitive, avec douleurs neuropathiques sévères envahissantes, troubles de la marche et de l'équilibre, et chute à répétition, de sédation et état ébrioux importants en rapport avec la médication antalgique, de syndrome douloureux régional complexe du membre inférieur gauche dans le contexte de status post mise en place d'une prothèse totale du genou (PTG) gauche et malposition de l'implant prothétique en 2020 et status post révision de la PTG gauche en 2018, de lombalgies chroniques et syndrome radiculaire L3-L4 gauche, traité en partie par neurostimulateur médullaire et de syndrome anxiodépressif réactionnel modéré à sévère en rapport avec l'intensité et le caractère invalidant de la problématique douloureuse, les troubles de la marche et de l'équilibre, les effets secondaires importants de la médication antalgique. Comme diagnostics concomitants à prendre en compte dans l'évaluation globale, le Dr N. \_\_\_\_\_ a indiqué une obésité sévère (BMI 43 kg/m<sup>2</sup>), un carcinome prostatique traité par radio-hormonothérapie en 2018 (renoncement à une approche chirurgicale en raison d'un risque opératoire jugé trop important). Il a conclu son rapport en écrivant ce qui suit :

« Je suis Monsieur V. \_\_\_\_\_ depuis maintenant quelques années, et je constate une aggravation de son état tant somatique que psychique. Monsieur V. \_\_\_\_\_ a été évalué par 3 neurologues, 1 rhumatologue, et par les antalgistes du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ [...], et à [...] où il est encore suivi. Il bénéficie d'une neurostimulation, il a bénéficié d'infiltrations, de multiples médicaments antalgiques d'actions pharmacologiques différentes.

L'apparition d'une polyneuropathie sensitivo-motrice avec douleurs sévères, troubles de la marche et de l'équilibre, et insomnie chronique, ainsi que les effets secondaires prononcés, sous la forme d'un état ébrieux, et de sédation, constituent une aggravation de l'état de santé du patient qu'il n'est pas possible de nier.

Dans ce contexte, l'incapacité de travail est complète dans toute activité professionnelle. »

Par décision du 15 juillet 2020 confirmant le projet du 28 avril 2020, l'OAI, se fondant sur un compte rendu de la permanence du SMR du 2 juillet 2020, a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée le 17 avril 2020 par l'assuré, au motif que sa situation médicale ne s'était pas notablement modifiée.

**B.** Par acte du 14 septembre 2020, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru auprès de la CASSO contre la décision précitée, en concluant à titre préliminaire à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée et, au fond, à l'annulation de la décision du 15 juillet 2020 et à ce que l'OAI entre en matière sur la demande de prestations du 17 avril 2020 et instruisse le dossier. Le recourant soutient en substance que la polyneuropathie serait une nouvelle atteinte voire une péjoration de son état de santé dans la mesure où elle serait à mettre en lien probablement avec la médication oncologique et non plus en lien avec les précédentes atteintes et qu'elle ne concernerait plus les membres inférieurs mais quatre membres. Il a joint à son recours un rapport du 31 août 2020 de la Dre R. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur.

Par réponse du 28 octobre 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours, dès lors que le recourant n'avait pas rendu plausible une modification de son état de santé, les éléments médicaux figurant dans les

rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 17 avril 2020 étant déjà connus.

Répliquant le 23 novembre 2020, le recourant a confirmé ses conclusions, tout en relevant que l'intimé n'avait pas tenu compte du rapport de la Dre R. \_\_\_\_\_ du 31 août 2020 et que si les éléments médicaux étaient déjà connus de l'intimé, ils n'avaient pas fait l'objet d'une instruction, dans la mesure où ils avaient été rendus postérieurement à la décision querellée. Il a, à nouveau, sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Par duplique du 14 décembre 2020, l'intimé a rappelé que dans le contexte d'un refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne pouvaient pas être pris en considération et que, de toute manière, le rapport médical du 25 mars 2020 du Dr N. \_\_\_\_\_ ne faisait pas état d'éléments dont il n'aurait pas tenu compte, en se référant à l'avis SMR du 28 avril 2020.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant déposée le 17 avril 2020.

**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).

**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). 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. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

**4.** En l'espèce, la CASSO, dans l'arrêt rendu le 12 décembre 2019 (AI 321/17 - 394/2019), avait reconnu, tant sur le plan somatique que psychiatrique, une pleine valeur probante au rapport d'évaluation interdisciplinaire de la Clinique J.\_\_\_\_\_ du 22 octobre 2015 ainsi qu'au rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre d'expertises M.\_\_\_\_\_ du 26 juillet 2016. Il convenait ainsi de retenir que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de chef de vente ainsi que dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations le 17 avril 2020, soit quatre mois après l'arrêt de la CASSO, en faisant état d'une aggravation de son état de santé et en se référant à un rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 25 mars 2020, dans lequel ce médecin a mentionné la persistance des symptômes en rapport avec une polyneuropathie sensitive ou motrice longueur-dépendante à prédominance sensitive d'origine indéterminée avec une réponse incomplète au traitement. Le recourant a, par la suite, produit un rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 30 juin 2020, retenant les diagnostics de polyneuropathie sensitivo-motrice à prédominance sensitive, de sédation et état ébrieux en rapport avec la médication antalgique, de syndrome douloureux régional complexe du membre inférieur gauche, de lombalgies chroniques et syndrome radiculaire L3-L4 gauche, traité en partie par neurostimulateur médullaire et de syndrome anxiodépressif réactionnel modéré à sévère en rapport avec l'intensité et le caractère invalidant de la problématique douloureuse, les troubles de la marche et de l'équilibre, les effets secondaires de la médication antalgique. Il a précisé que son patient avait été évalué par trois

neurologues, un rhumatologue et par les antalgistes du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ et à l'Hôpital de [...] où il était encore suivi.

L'OAI a considéré que les pièces produites n'apportent aucun élément nouveau et ne permettent ainsi pas d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant. L'intimé a donc rendu une décision allant dans ce sens le 15 juillet 2020.

Force est en l'occurrence de constater que les rapports du Dr N. \_\_\_\_\_ font état d'éléments déjà connus. En effet, le rapport de la Clinique J. \_\_\_\_\_ du 22 octobre 2015 faisait mention du rapport du 3 novembre 2011 du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel ce médecin avait indiqué que l'assuré présentait des douleurs neurologiques fluctuantes aux deux membres inférieurs. Par ailleurs, les atteintes neurogènes ont été examinées tant par les médecins de la Clinique J. \_\_\_\_\_ que par ceux du Centre d'expertises M. \_\_\_\_\_ puisqu'elles ont conduit à la pose d'un simulateur médullaire. Les douleurs au dos ainsi qu'à l'épaule ont également fait l'objet d'un examen par les médecins précités. Dans son rapport du 30 juin 2020, le Dr N. \_\_\_\_\_ a mentionné que le recourant avait été suivi par d'autres médecins (neurologues, rhumatologue, antalgistes) mais n'a joint aucun rapport en lien avec ces suivis. Par ailleurs, il a posé le diagnostic de syndrome anxiodépressif réactionnel modéré à sévère - lequel avait déjà fait l'objet d'une analyse aussi bien par les médecins de la Clinique J. \_\_\_\_\_ que par ceux du Centre d'expertises M. \_\_\_\_\_ -, mais n'a pas fait état de suivi, ni produit de rapport psychiatrique. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail nulle sans toutefois étayer son appréciation, ni mentionner les limitations fonctionnelles engendrées par les douleurs neurologiques. Or il faut rappeler que du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (cf. TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). A cet égard, peu importe donc de savoir quelle est la cause des douleurs qui sont présentes chez le recourant depuis de nombreuses années et la dénomination qui a été précédemment adoptée

par les médecins du recourant ou si le diagnostic n'a pas été formellement posé toute de suite, celui-ci n'ayant aucune incidence sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Ce qui, en définitive, est déterminant, c'est la capacité de travail et les limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte, ce dont le SMR a tenu compte dans son appréciation. Or ces limitations fonctionnelles n'ont aucunement été modifiées.

Dès lors que 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 et que celui-ci 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, le rapport de la Dre R. \_\_\_\_\_ du 31 août 2020, produit postérieurement à la décision attaquée, ne peut être pris en compte.

En définitive, c'est à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de prestations déposée le 17 avril 2020 par le recourant.

**5.** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (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 rejeté.

**II.** La décision rendue le 15 juillet 2020 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 d'V.\_\_\_\_\_.

**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 à :

- Me Valérie Maurer (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 :