

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 juillet 2011

---

Présidence de M. NEU  
Juges : Mme Rothenbacher et M. Métral  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à Prangins, recourant, représenté par le cabinet de conseil [...],  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 LAI; art. 87 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1959, travaillait depuis 1987 en qualité de jardinier et paysagiste à Prangins. Le 31 octobre 2003, il a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente.

Le dossier de l'assuré auprès de son assureur perte de gain a été produit; il en ressort notamment les pièces médicales suivantes:

- Un rapport du 11 juin 2003 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à Nyon et médecin traitant de l'assuré, posant le diagnostic de lésion en languette de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit, et une chondropathie interne et fémoro-patellaire débutante. Il a indiqué une évolution favorable après une arthroscopie et résection de la lésion méniscale, effectuée le 5 juin 2003, puis un arrêt de travail à 100% depuis cette date.

- Des certificats médicaux du Dr T.\_\_\_\_\_, faisant état d'une incapacité de travail totale du 4 juin au 10 août 2003, de 50% du 11 au 16 août 2003 et de 100% depuis le 18 août 2003.

L'OAI s'est adressé au Dr T.\_\_\_\_\_, qui a en date du 14 décembre 2007 retenu les diagnostics de déchirure méniscale interne du genou droit et de gonarthrose droite débutante, puis une incapacité de travail de 100% depuis le 18 août 2003. Il a indiqué que l'exercice d'une activité adaptée était exigible, sans port de charges et avec alternance des positions assise et debout. Le 11 mars 2004, ce médecin s'est prononcé sur les limitations fonctionnelles de l'assuré et a indiqué qu'une activité adaptée sans charge et avec changements de position fréquents était exigible 8h par jour.

Le 16 février 2005, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecine physique et réhabilitation à Gland, a retenu les diagnostics de gonalgies droites sur lésion du ménisque interne - corne postérieure, de chondropathie fémoro-patellaire et d'arthrose, puis de gonalgies gauche sur déchirure de grade 3 du ménisque interne et de chondropathie fémoro-patellaire. Il a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 18 août 2003.

Ce médecin a également remis des rapports d'examen radiologiques et IRM, en particulier de la clinique Genolier, mettant en évidence notamment un bilan radiographique des mains considéré comme normal, l'absence d'image d'allure organique pathologique ou évoquant une séquelle d'accident vasculaire cérébral (suite à une angio-IR; cérébrale et des troncs supra-aortiques), l'absence d'épanchement intra articulaire (suite à une ponction échoguidée du genou droit), une atteinte dégénérative lombaire inférieure particulièrement par discopathie L4-L5 et L5-S1, puis une déchirure grade III de la corne postérieure du ménisque interne.

Du 17 mai au 16 septembre 2005, l'assuré a effectué un stage d'orientation professionnelle dans le cadre de la section AIP du Centre Oroph de Morges. Dans un rapport intermédiaire du 3 octobre 2005, l'OAI a indiqué que l'assuré était capable d'effectuer des travaux simples et répétitifs à l'établi. Une péjoration de l'état de santé a été relevée, avec des douleurs aux jambes.

Le 11 décembre 2005, le Dr T.\_\_\_\_\_ a notamment retenu le diagnostic d'arthrose au genou droit et signalé des douleurs et un épanchement au genou gauche, puis une arthroscopie du genou le 7 décembre 2005.

L'OAI a par la suite reçu les documents suivants de la part de l'assureur perte de gain de l'assuré:

- Un rapport du 7 décembre 2005 du Dr T.\_\_\_\_\_, retenant une déchirure radiaire du ménisque interne du genou gauche, une

chondropathie condylienne interne de stade III diffuse, une chondropathie stade I et II de la trochlée fémorale et une importante synovite. Il a indiqué une intervention d'arthroscopie, avec régularisation de la corne postérieure du ménisque interne, régularisation du cartilage condylien interne et de la trochlée, puis résection de la synovite.

- Des certificats médicaux du Dr W.\_\_\_\_\_, attestant d'incapacité de travail à 100% du 17 septembre 2005 au 15 janvier 2006.

- Un rapport du 18 octobre 2005 du Dr W.\_\_\_\_\_, retenant des gonalgies bilatérales sur arthrose et lésion méniscale ainsi qu'une incapacité de travail totale depuis le 18 août 2003.

Dans un certificat médical du 9 octobre 2006, le Dr T.\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation des gonalgies gauches et relevé que le bilan radiologique confirmait une gonarthrose interne sévère en nette progression, qu'une ostéotomie n'était pas envisageable en raison des douleurs diffuses et qu'il fallait envisager à terme une arthroplastie totale du genou gauche.

L'OAI s'est par ailleurs adressé au Dr J.\_\_\_\_\_, rhumatologue à la clinique Genolier. Le 12 décembre 2006, ce médecin a retenu les diagnostics de gonarthrose gauche, sévère, interne (lésions ostéochondrales de grade 4), de syndrome douloureux chronique, de troubles anxieux, de gonarthrose droite, arthrose fémoro-patellaire débutante (status post déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit) et de lombalgies chroniques (secondaires à des discopathies L4-L5 et L5-S1). Il a indiqué qu'une activité plutôt assise permettant de changer fréquemment de position était exigible, avec une diminution de rendement par la possibilité d'aggravation douloureuse lombaire ou d'épanchement des genoux.

Le Dr J.\_\_\_\_\_ a joint plusieurs de ses rapports médicaux, dont il ressort en particulier que tous les points de fibromyalgie sont positifs, un rapport du 10 octobre 2006 du Dr T.\_\_\_\_\_, signalant un

pincement sub-total de l'interligne articulaire interne et un pincement de 70 à 80% à droite, ainsi que des documents radiologiques de la clinique Genolier.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assuré a été soumis à un examen rhumatologique, qui a été effectué le 2 février 2007 par le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin interne et rhumatologue FMH au SMR. En date du 9 février 2007, ce spécialiste a posé les diagnostics de gonarthrose tricompartmentale bilatérale à prédominance gauche avec status après opérations des deux genoux et fissure horizontale de la corne antérieure du ménisque interne gauche, et de lombocruralgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann. Il a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"L'assuré se plaint essentiellement de gonalgies à prédominance gauche. Il signale également des lombalgies intermittentes, s'accompagnant de douleurs de type décharge électrique à la face externe des 2 cuisses, surtout à droite. Ces diverses douleurs ont un caractère essentiellement mécanique.

Au status, on note des troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire et cervicale sont satisfaisantes. Par ailleurs, M. K.\_\_\_\_\_ ne présente aucun signe de non organicité selon Waddell. D'ailleurs, il s'agit d'un assuré sobre dans ses plaintes. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mis à part celle des 2 genoux et des 2 hanches, la flexion et la rotation interne des 2 hanches étant limitée non par des douleurs des hanches à proprement parler, mais par les gonalgies. Il existe également un syndrome rotulien bilatéral et une tendance au genua valga.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence une gonarthrose tricompartmentale à prédominance gauche avec lésion méniscale interne gauche. Les radiographies de la colonne lombaire mettent également en évidence des troubles statiques et dégénératifs avec des séquelles de maladie de Scheuermann.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, la capacité de travail de l'assuré est nulle dans l'activité de jardinier. Par contre, elle est de 80% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles en raison d'une certaine baisse du rendement.

Les limitations fonctionnelles

Genoux: alternance de la position assise/debout 2 fois par heure. Pas de travail nécessitant des genuflexions répétées, ni le

franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers. Pas de marche supérieure à 5 min., pas de position debout prolongée de plus de ¼ d'heure.

Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise/debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?

Selon le rapport employeur, il y a une incapacité de travail de 100% du 10.05.2003 au 11.05.2003. Il y a à nouveau une incapacité de travail de 100% du 04.06.2003 au 10.08.2003, de 50% du 11.08.2003 au 17.08.2003 puis de 100% dès le 18.08.2003 dans l'activité habituelle de jardinier. Nous confirmons ces taux d'incapacité de travail. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées, la capacité de travail a toujours été de 80%".

Dans un rapport d'examen du 21 février 2007, se référant au rapport du Dr C.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu l'atteinte principale de gonarthrose tricompartmentale bilatérale et une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée (100% avec une diminution de rendement de 20%).

Le 16 avril 2007, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué que ce dernier, dans son activité de jardinier et paysagiste, aurait touché en 2004 un salaire hypothétique de 27 fr. 50 de l'heure, compte tenu d'un horaire variable selon les saisons, plus un 13<sup>ème</sup> salaire.

Dans un rapport du 18 mai 2008, le Dr T.\_\_\_\_\_ a signalé l'apparition de gonalgies bilatérales et relevé qu'une activité sur terrain plat, sans charges et avec changements de position était exigible.

Par décision du 6 mars 2009, confirmant un préavis du 27 janvier 2009, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail durable depuis le 4 juin 2003 et, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20%. Compte tenu d'un revenu sans invalidité de 68'993 fr. en 2004 et d'un revenu d'invalidité - selon l'enquête suisse sur la structure des salaires

en 2004 dans des activités simples et répétitives, pour un taux de 80% - de 45'806 fr. 59, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 33%.

**B.** Le 23 février 2010, le Dr T. \_\_\_\_\_ a constaté, après examen de l'assuré, des membres inférieurs en varus de 10° à gauche et 4° à 5° à droite, que le genou gauche présentait une lame de liquide articulaire avec une F/E de 120/5/0° et qu'il y avait des douleurs à la palpation de l'interligne interne avec grattage, à la palpation du condyle fémoral interne et à la fémoro-patellaire. Il a constaté que le genou droit était empâté avec un mini épanchement articulaire, que la F/E était de 100/5/0° et que la fémoro-patellaire était douloureuse, le reste de l'examen étant dans les limites de la norme.

Dans un rapport du 15 septembre 2009, après une IRM du genou droit le 14 septembre 2009, la clinique Genolier a mis en évidence ce qui suit:

"Chondropathie rotulienne avec une rotule de configuration Wiberg 2 et des signes de surcharge prédominant au niveau externe expliquant également l'hypersignal des berges osseuses entre les fragments de la rotule bipartite.

Dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur.

Déchirure horizontale de la corne postérieure et latérale du ménisque interne. Compte-tenu de la présence d'un défaut tissulaire de la portion médiale de la corne postérieure du ménisque interne".

Dans un rapport du 22 septembre 2009, après une IRM du genou gauche le 17 septembre 2009, la clinique Genolier a mis en évidence ce qui suit:

"Importante gonarthrose tricompartmentale prédominant à hauteur du compartiment interne où l'on constate la quasi disparition de la couverture cartilagineuse et un important remaniement méniscal avec fracture horizontale des cornes moyenne et postérieure. La corne moyenne est luxée médialement.

Le compartiment externe présente des troubles dégénératifs nettement moins marqués, il existe tout de même une irrégularité de signal du cartilage et une petite lésion de la corne postérieure du ménisque.

Epanchement intra-articulaire et épanchement sous-cutané".

Le 19 novembre 2009, le Dr W. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail de 50% du 20 novembre au 23 décembre 2009, avec capacité dans une activité adaptée par rapport à ses douleurs, soit sans port de charges répétitives supérieures à 5 kg, dans des positions variées.

Le 13 avril 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, se prévalant de gonarthrose tricompartmentale depuis 2003.

Sous la plume des Drs G. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, dans un avis médical du 13 août 2010, le SMR a relevé que l'examen rhumatologique de février 2007, en retenant une diminution de rendement de 20%, avait dûment tenu compte de la limitation fonctionnelle de l'assuré en raison de son handicap moteur. Il a ajouté que les IRM des genoux droit et gauche, des 14 et 17 septembre 2009, n'apportaient aucun élément nouveau concernant les diagnostics, que la gonarthrose était toujours en évolution et que les limitations fonctionnelles étaient identiques.

Dans un préavis du 18 août 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, dès lors que ce dernier n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de façon essentielle, une autre appréciation d'un même état de fait n'étant pas possible.

Le 23 septembre 2010, par son mandataire, l'assuré a contesté ce préavis, expliquant que son état de santé s'était dégradé, de sorte que son droit à des prestations d'invalidité devait être réexaminé. Il s'est référé au rapport du 22 septembre 2009 de la clinique Genolier.

Par décision du 27 septembre 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans son préavis du 18 août 2010.

**C.** Par acte du 25 octobre 2010, K.\_\_\_\_\_ fait recours au Tribunal cantonal et conclut à l'annulation de cette décision, à un complément médical sur le plan psychique et à l'octroi d'une rente entière. Alléguant souffrir de gonarthrose bilatérale et contestant les conclusions du SMR, il se prévaut d'une détérioration de son état de santé avec des atteintes psychiatriques et neurologiques, conduisant à un trouble somatoforme douloureux revêtant un caractère invalidant.

Il dépose un rapport du 11 octobre 2010 du Dr T.\_\_\_\_\_, qui retient une gonarthrose bilatérale, plus symptomatique à gauche, pour laquelle une arthroplastie est prévue. Il explique que la symptomatologie douloureuse des genoux est variable en intensité et en fréquence et que, l'arthrose étant un processus évolutif, l'état des genoux se détériore progressivement. Il ajoute que la capacité de travail est nulle dans l'ancienne activité de jardinier.

Dans sa réponse du 7 février 2011, l'OAI conclut au rejet du recours, dès lors que l'assuré n'a pas apporté dans sa demande de prestations AI d'élément rendant plausible une aggravation ou une nouvelle atteinte à son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

Le 25 février 2011, le recourant dépose un rapport du 15 février 2011 du Dr T.\_\_\_\_\_, qui mentionne notamment une évolution favorable suite à une arthroplastie totale du genou gauche le 3 décembre 2010 et une nette diminution de la symptomatologie douloureuse, l'activité de jardinier étant très fortement compromise après une telle opération.

Dans ses déterminations du 21 mars 2011, l'OAI relève que le rapport précité n'a pas à être pris en compte et renvoie à ses précédentes écritures.

Par courrier du 8 avril 2011 de son mandataire, le recourant dépose un rapport du 7 mars 2011 du Dr W.\_\_\_\_\_, qui expose l'ensemble des problèmes médicaux de l'assuré et les différents

traitements entrepris; ce médecin se réfère en particulier à une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux douleurs, soit sans port de charges supérieures à 5 kg et dans des positions variées.

Le 5 mai 2011, l'OAI relève que les nouvelles pièces déposées par le recourant n'ont pas à être prises en compte et renvoie à ses précédentes écritures.

Le 14 juin 2011, le recourant dépose encore les documents suivants:

- Un rapport du 4 mai 2011 du Dr T.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic d'épanchement du genou gauche post-PTG gauche probablement inflammatoire, se référant à une hospitalisation du 5 au 8 avril 2011 et à une gonarthrose bilatérale ayant fait l'objet d'une PTG gauche il y a 4 mois.

- Un rapport du 26 mai 2011 du Dr H.\_\_\_\_\_, médecin chef à l'Hôpital de Zone de Nyon, se référant à une hospitalisation du 3 au 16 mai 2011, à une ponction articulaire du genou prothétique gauche effectuée le 3 mai 2011 et à une PTG gauche en décembre 2010. Il se prononce sur l'évolution de l'assuré depuis le 3 mai 2011 et retient une incapacité de travail de 100% du 3 au 24 mai 2011.

### **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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** En l'espèce, l'OAI refuse d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations AI, ce qui est contesté par le recourant.

**a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1<sup>er</sup> in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 16 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 raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts

de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**c)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations est 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une nouvelle demande de prestation (ATF 133 V 108; 130 V 71).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (TFA I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; TF 9C\_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (TFA I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités; TF I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3). La réglementation sur la révision ne saurait en

effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TF I 111/07 du 17 décembre 2007 et la référence citée).

**d)** Conformément à l'art. 87 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies. Cela signifie que la nouvelle demande doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En d'autres termes, le fardeau de la preuve (ou de la démonstration du caractère plausible) est à la charge de l'assuré. Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 125 V 195 consid. 2; 122 V 158 consid. 1a et les références citées), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C\_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3).

Le Tribunal fédéral a précisé qu'en égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (actuellement l'art. 43 al. 3 LPG) – 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. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale du 18 avril 1999, RS 101]). Ainsi, il n'incombe pas dans cette situation à l'OAI, ni du reste au Tribunal cantonal, d'examiner d'office, en requérant des avis médicaux, si l'état de santé s'est aggravé. Il faut d'autant plus exiger de l'assuré qu'il rende plausible cette modification ou aggravation lorsqu'il présente sa nouvelle demande peu après l'entrée en force de la décision de refus de prestations (TF 9C\_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2).

L'art. 87 al. 4 RAI a pour but de permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, 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 pertinents (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). Ainsi, 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2).

**3. a)** Dans le cas présent, la décision entreprise a été rendue le 27 septembre 2010 et la précédente décision ayant procédé à une constatation des faits pertinents, à une appréciation des preuves et à une comparaison des revenus a été rendue le 6 mars 2009. Cette dernière décision, n'ayant pas fait l'objet d'un recours, est donc entrée en force. Il y a donc lieu de définir si, entre ces deux décisions, l'état de santé du recourant s'est aggravé dans une mesure telle que son degré d'invalidité s'en est retrouvé modifié et qu'un droit à des prestations d'invalidité doit lui être ouvert.

**b)** Au moment de la décision du 6 mars 2009, le recourant présentait des atteintes aux genoux, soit des gonalgies et des lésions du ménisque interne (rapports des 11 juin 2003 du Dr T.\_\_\_\_\_ et 16 février 2005 du Dr W.\_\_\_\_\_). Une chondropathie fémoro-patellaire aux deux genoux a été signalée par le Dr W.\_\_\_\_\_ (rapport du 16 février 2005), de même qu'une gonarthrose gauche et droite (rapports des 18 octobre 2005 du Dr W.\_\_\_\_\_ et 12 décembre 2006 du Dr J.\_\_\_\_\_). Suite à l'examen rhumatologique effectué par le SMR, le Dr C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de gonarthrose tricompartmentale bilatérale à prédominance gauche avec status après opérations des deux genoux et fissure horizontale de la corne antérieure du ménisque interne gauche, et de lombocruralgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann. Il a retenu une capacité de travail de 80% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles (alternance de positions deux fois par heure, pas de gènesflexions répétées, d'échelles ou d'escaliers, de marches supérieures à 5 minutes, de soulèvement régulier

de charges de plus de 5 kg, de port de charges de plus de 12 kg ni de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc) en raison d'une baisse du rendement.

Sur le plan économique, l'OAI s'est basé sur un revenu sans invalidité de 68'993 fr. en 2004 - correspondant aux indications données par l'employeur, dans l'ancienne activité de jardinier et paysagiste - et d'un revenu d'invalidité - selon l'enquête suisse sur la structure des salaires en 2004 dans des activités simples et répétitives, pour un taux de 80% - de 45'806 fr. 59. Il en est résulté un degré d'invalidité de 33%, ne donnant pas droit à une rente.

**c)** En premier lieu, dans sa nouvelle demande de prestations AI, déposée le 13 avril 2010, l'assuré se prévaut de gonarthrose tricompartmentale depuis 2003. Or ce diagnostic a précisément été retenu par le Dr C.\_\_\_\_\_, suite à l'examen rhumatologique effectué le 2 février 2007 par le SMR, de sorte qu'il ne saurait s'agir d'une affection nouvelle par rapport aux circonstances prévalant lors de la décision du 6 mars 2009.

Dans un rapport d'examen du 23 février 2010, le Dr T.\_\_\_\_\_ a constaté des douleurs aux genoux, avec notamment une fémoro-patellaire douloureuse à droite. Une IRM du genou droit a été effectuée le 15 septembre 2009, mettant notamment en évidence une chondropathie rotulienne, une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur et une déchirure horizontale de la corne postérieure et latérale du ménisque interne (rapport du 15 septembre 2009 de la clinique Genolier). Une IRM du genou gauche a été effectuée le 17 septembre 2009, démontrant une importante gonarthrose tricompartmentale prédominant à hauteur du compartiment interne ainsi qu'un épanchement intra-articulaire et sous-cutané (rapport du 22 septembre 2009 de ladite clinique).

Ces documents médicaux n'apportent toutefois pas de modification importante par rapport aux constatations prévalant au moment de la décision initiale, lors de laquelle des douleurs et des

limitations fonctionnelles aux deux genoux, avec notamment une gonarthrose bilatérale, ont été retenues. Du reste, sous la plume des Drs G.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, le SMR a relevé que l'examen rhumatologique de février 2007, en retenant une diminution de rendement de 20%, avait dûment tenu compte de la limitation fonctionnelle de l'assurée et a indiqué que les IRM ci-dessus n'apportaient aucun élément nouveau concernant les diagnostics (avis médical du 13 août 2010).

**d)** Dans son recours du 25 octobre 2010, indépendamment des problèmes aux genoux, l'assuré se prévaut d'une détérioration de son état de santé avec des atteintes psychiatriques et neurologiques, conduisant à un trouble somatoforme douloureux de caractère invalidant. Il ne se fonde toutefois sur aucun document médical à ce sujet et il n'appartient pas à l'OAI ni à la Cour de céans, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations (87 al. 3 et 4 RAI), d'investiguer plus en avant cette question. Au demeurant, des troubles anxieux avaient déjà été signalés avant la décision initiale (rapport du 12 décembre 2006 du Dr J.\_\_\_\_\_) et il n'est nullement fait mention d'une aggravation à ce sujet, pas plus que de l'existence de troubles neurologiques.

Quant aux documents médicaux déposés par l'assuré depuis son acte de recours, il ne peut en être tenu compte que dans la mesure où ils se rapportent à la situation de fait existant jusqu'au 27 septembre 2010, le juge n'ayant pas à prendre en compte les faits postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4; TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les éventuelles incidences de l'arthroplastie totale du genou gauche le 3 décembre 2010 et de la ponction articulaire du genou prothétique gauche effectuée le 3 mai 2011, signalés par les Drs T.\_\_\_\_\_ (rapport du 25 février 2011) et H.\_\_\_\_\_ (rapport du 26 mai 2011) ne peuvent donc être examinées dans ce cadre. Pour le surplus, ces médecins, ainsi que le Dr W.\_\_\_\_\_, n'ont pas fait de constatations nouvelles au point de modifier le degré d'invalidité de l'assuré, les atteintes aux genoux étant suffisamment connues et investiguées, notamment suite à l'examen rhumatologique du SMR. En

particulier, le Dr W.\_\_\_\_\_ ne fait pour ainsi dire que relater dans le détail les différents examens, traitements et opérations entrepris par l'assuré pour ses troubles aux genoux. Les avis des médecins traitants de l'assuré doivent pour le surplus être appréciés avec les réserves d'usage s'agissant de la capacité de travail.

**e)** Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'OAI n'est pas entré en matière sur la demande de prestations AI déposée le 13 avril 2010, dès lors que le recourant n'a pas démontré que son état de santé s'était aggravé dans une mesure propre à entraîner une modification de son degré d'invalidité tel que reconnu par la décision du 6 mars 2009. Partant, la décision attaquée doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

**4. 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. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe.

**b)** Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; 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 27 septembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Un émoulement judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant K.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Cabinet de conseil [...], à Lausanne (pour K.\_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :