

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 février 2020

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Piguet  
Greffière. Mme Monod

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Valentin Groslimond,  
avocat, à Vevey,

et

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

---

**Art. 87 RAI.**

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

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, est marié et père de famille. Sans formation professionnelle certifiée, il a exercé diverses activités lucratives, notamment en tant que sommelier, représentant, livreur et employé polyvalent.

Atteint dans sa santé, il a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 15 novembre 2001, complétée le 13 décembre 2001, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Vu l'interruption prématurée de mesures d'observation professionnelle, l'OAI a diligenté un examen clinique bidisciplinaire somatique et psychiatrique, réalisé le 10 octobre 2003 au sein du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) par les Dres C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, et D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Aux termes de leur rapport du 14 janvier 2004, ces dernières ont retenu les diagnostics suivants :

- Suspicion d'alcoolisme chronique.
- Gonarthrose du genou (M17.3) dans le cadre de :  
Distorsion du genou gauche en 1983.  
Ménissectomie interne par arthrotomie et section de l'aileron rotulien externe en 1984.  
Ostéotomie de valgisation et transposition de la tubérosité gauche en 1986.  
AMO [réd. : ablation du matériel d'ostéosynthèse] et lavage-drainage pour infection à bas bruit fin 1986.  
Toilette articulaire par arthroscopie en 2001.
- Syndrome pyramidal gauche.
- Léger trouble de la statique rachidienne avec bascule du bassin à gauche et scoliose correspondante à long rayon.
- Excès pondéral.
- Tabagisme (23 UPA).

Les spécialistes du SMR ont conclu que l'assuré était doté d'une capacité de travail de 100 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, exempte de positions debout prolongées, de

port de charges excédant 10 kg, de déplacements fréquents et de montées ou descentes d'escaliers, d'échafaudages et d'échelles.

Après avoir mis à jour un degré d'invalidité de 16 % par comparaison des revenus hypothétiques avec et sans invalidité, l'OAI a rendu une décision de refus de rente et de mesures professionnelles le 23 novembre 2004.

**B.** Par courrier à l'OAI du 23 octobre 2006, réitéré le 3 juin 2008, B.\_\_\_\_\_ a requis le réexamen de sa situation, alléguant des difficultés professionnelles et familiales.

En l'absence de tout élément produit par l'assuré pour rendre plausible une modification significative de son état de santé, l'OAI a prononcé un refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande le 21 novembre 2008.

**C.** En date du 16 septembre 2009, B.\_\_\_\_\_ s'est une nouvelle fois adressé à l'OAI en vue d'une réévaluation de son cas. Il précisait avoir souffert d'une « forte dépression ». Il a ultérieurement attesté d'une prise en charge psychologique mise en œuvre sous l'égide de la Fondation P.\_\_\_\_\_ en raison d'un trouble dépressif récurrent et d'un syndrome de dépendance à l'alcool (cf. rapport de ladite fondation du 16 mars 2009).

Procédant à un nouvel examen sur le fond des droits de l'assuré, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, dont le mandat a été confié au Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Au terme d'un entretien avec l'assuré le 5 août 2010, ce spécialiste a rédigé son rapport le 9 août 2010, ne retenant aucun diagnostic psychiatrique susceptible de se répercuter durablement sur la capacité de travail. Etaient mentionnés les diagnostics non incapacitants suivants :

- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent (F10.20) ; présent depuis 2002.
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques ; syndrome de dépendance (F13.2) ; présent depuis 2004.

- Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) ; présent depuis 2001.
- Personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31) ; présent depuis l'adolescence.

L'expert a conclu à une capacité de travail totalement préservée sur le plan psychiatrique.

Le SMR, dans un avis du 1<sup>er</sup> septembre 2010, s'est rallié aux conclusions du Dr H.\_\_\_\_\_. Il a relevé, du point de vue somatique, qu'une cure de luxation acromio-claviculaire avait été effectuée en juillet 2008. L'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à plein temps n'était toutefois pas modifiée, de même que les limitations fonctionnelles déterminées dans le rapport d'examen du 14 janvier 2004. L'assuré devait au surplus éviter les travaux des bras au-dessus de l'horizontale.

Par décision du 11 novembre 2010, l'OAI a refusé toutes prestations à l'assuré, en l'absence de nouvelle atteinte à la santé invalidante.

Statuant sur recours de l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté par arrêt du 12 mars 2012 (AI 422/10 - 96/2012), entré en force.

**D.** B.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI de nouveaux problèmes de santé et requis la réouverture de son dossier par courrier du 18 juin 2012. Le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué le 13 juillet 2012 que son patient souffrait de lombosciatalgies gauches sur discopathie et protrusion discale L4-L5, de gonarthrose gauche et d'arthrose acromio-claviculaire gauche post entorse. L'incapacité de travail était à son avis totale et le pronostic mauvais.

Entrant en matière sur la requête de réexamen de l'assuré, l'OAI a sollicité un rapport du Dr L.\_\_\_\_\_, lequel a confirmé son appréciation le 15 novembre 2012. Il a souligné que les limitations de l'épaule et du genou gauches contre-indiquaient de son point de vue toute activité physique, tant en position assise que debout.

Vu ces éléments, l'OAI a décidé d'organiser un examen orthopédique au SMR, lequel a été conduit le 12 août 2013 par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Aux termes de son rapport du 5 septembre 2013, ce dernier a fait état des diagnostics suivants avec incidence sur la capacité de travail de l'assuré :

- Gonarthrose genou gauche (M17.3).
- Lombalgies chroniques. Protrusions discales L4-L5, L5-S1(M54.5).
- Arthrose acromio-claviculaire et post-traumatique épaule gauche (T92.3).

Les diagnostics d'obésité de classe I, de tabagisme chronique, de status après troubles liés à l'utilisation d'alcool, de trouble dépressif récurrent et d'une personnalité émotionnellement labile, type borderline, demeureraient sans influence sur la capacité de travail. Celle-ci était préservée à 100 % dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire, permettant l'alternance des positions, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans soulèvement de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur gauche, sans mobilisation de l'épaule gauche au-delà de l'horizontale, sans travaux penché en avant ou en porte-à faux, à genou ou accroupi, ainsi que sans marche en terrain irrégulier, ni montée/descente d'échafaudages, d'échelles et d'escaliers.

Par projet de décision du 23 septembre 2013, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de nier son droit à des mesures professionnelles et à une rente, vu l'absence de modification de son degré d'invalidité.

Contestant ce projet de décision, l'assuré a indiqué à l'OAI le 24 octobre 2013 faire l'objet d'une hospitalisation pour raisons psychiatriques au sein de la Fondation P.\_\_\_\_\_.

Le résumé de séjour, rédigé le 3 décembre 2013 par les médecins de cette fondation, a relaté que l'assuré avait été hospitalisé d'office du fait d'une menace de suicide par déféstration dans le contexte d'une alcoolisation massive. A l'issue d'un sevrage suivi

d'abstinence, l'assuré était rentré à domicile et s'était engagé à entreprendre un suivi psychothérapeutique auprès du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le Dr N.\_\_\_\_\_, interrogé par l'OAI, a complété un rapport le 27 janvier 2014, signalant n'avoir rencontré l'assuré qu'à trois reprises. Il s'est référé aux conclusions et constats de l'expertise précédemment réalisée par le Dr H.\_\_\_\_\_ et estimé que l'assuré ne présentait pas de diagnostic incapacitant. Ce dernier n'était au surplus pas disposé à poursuivre une psychothérapie.

Fondé sur ces éléments, avec l'aval d'un avis du SMR du 11 février 2014, l'OAI a établi une décision de refus de rente et de mesures professionnelles le 1<sup>er</sup> avril 2014. Celle-ci est entrée en force en l'absence de toute contestation de l'assuré.

**E.** B.\_\_\_\_\_ a demandé une nouvelle révision de son dossier par correspondance à l'OAI du 15 février 2018 [recte : 2019], se prévalant d'un rapport rédigé le 7 décembre 2018 par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Ce praticien mettait en évidence des lombalgies persistantes, dans un contexte de troubles dégénératifs, ainsi que des gonalgies sur gonarthrose, des cervicobrachialgies et des omalgies gauches sur status post-arthroscopie. Un déconditionnement musculaire significatif et un syndrome de dépendance à l'alcool étaient relevés. Il suggérait une évaluation de la situation par le biais d'une expertise bidisciplinaire.

Invité à rendre plausible une aggravation substantielle de sa situation par correspondance de l'OAI du 15 février 2019, l'assuré a complété une formule officielle de demande de prestations et s'est référé au rapport du Dr R.\_\_\_\_\_.

Par projet de décision du 30 avril 2019, repris dans une décision formelle du 11 juin 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision de l'assuré.

**F.** B.\_\_\_\_\_ a déferé la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 9 juillet 2019, concluant implicitement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur la détérioration alléguée de son état de santé.

Par décisions des 5 et 26 août 2019, la magistrate instructrice a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire, en l'exonérant d'avances et de frais judiciaires, ainsi qu'en désignant Me Valentin Groslimond en qualité de conseil d'office à compter du 23 août 2019.

L'OAI a répondu au recours le 27 août 2019 et proposé son rejet, l'assuré n'ayant à son avis pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 1<sup>er</sup> avril 2014.

Assisté de Me Groslimond, l'assuré a répliqué le 23 septembre 2019, réitérant ses conclusions quant au renvoi de la cause et à la nécessité d'une instruction complémentaire. Etaient contestées l'appréciation de sa capacité de travail et l'absence de toute instruction de cette question au fond de la part de l'OAI. L'assuré se prévalait par ailleurs de nouvelles pièces médicales, soit un rapport de son médecin généraliste traitant, le Dr J.\_\_\_\_\_, du 17 septembre 2019 et un rapport de séjour de l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ du 10 avril 2017.

Par duplique du 10 octobre 2019, l'OAI maintenu ses conclusions, tandis que l'assuré en a fait de même dans une détermination subséquente du 30 octobre 2019.

### **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 9 juillet 2019 contre la décision de l'intimé du 11 juin 2019 a été interjeté en temps utile. Il respecte au surplus 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'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant, motif pris que ce dernier n'a pas rendu plausible une modification factuelle susceptible d'influer sur ses droits depuis la précédente décision au fond, datée du 1<sup>er</sup> avril 2014.

**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, 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, l'exigence posée par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI 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 et 130 V 64 consid. 5.2.3). 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 LPG), 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).

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 (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 un refus d'entrer en matière, 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 8C\_244/2016 du 21 juin 2016 consid. 2).

**4.** En préambule, vu les principes rappelés ci-dessus, on peut d'emblée écarter la requête formulée pour le compte du recourant auprès de la Cour de céans en vue de la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaire, singulièrement d'une expertise pluridisciplinaire. L'examen de la Cour de céans doit en effet se limiter à déterminer si, au stade de la procédure administrative, le recourant a rendu plausible une modification de sa situation susceptible de justifier l'entrée en matière de l'intimé.

Dans ce contexte, il convient également d'écarter les nouvelles pièces médicales produites par le recourant en annexe à sa réplique du 23 septembre 2019, à savoir la correspondance du Dr J. \_\_\_\_\_ du 17 septembre 2019 à son mandataire, et le rapport de séjour de l'Hôpital S. \_\_\_\_\_ du 10 avril 2017. De même, il n'y a pas lieu de prendre en considération l'allégation du recourant, formulée au stade de son recours du 9 juillet 2019, quant à une aggravation de son état de santé psychologique.

En définitive, il s'agit pour la Cour de céans d'examiner si l'unique document produit par le recourant auprès de l'intimé à l'appui de sa demande du 15 février 2019 - soit le rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ du 7 décembre 2018 - rend plausible une péjoration de son état de santé par rapport à la précédente décision contenant un examen matériel de ses droits, soit la décision de refus de rente et de mesures professionnelles du 1<sup>er</sup> avril 2014.

**5. a)** A cette date, l'intimé avait recueilli des informations sur l'état de santé psychique du recourant auprès du Dr N.\_\_\_\_\_ à la suite de la prise en charge assumée au sein de la Fondation P.\_\_\_\_\_. Le spécialiste précité avait indiqué, par rapport du 27 janvier 2014, se référer aux conclusions du rapport d'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ du 9 août 2010 après avoir rencontré trois fois le recourant. Il ne retenait dès lors aucun diagnostic psychiatrique incapacitant, alors que le recourant n'était pas motivé à poursuivre une psychothérapie.

**b)** Aux termes de sa requête de réexamen du 15 février 2019, le recourant n'a fait mention d'aucune altération de son état de santé psychique, ni même de prise en charge spécialisée de ce registre. Tout au plus, le Dr R.\_\_\_\_\_ - au demeurant non spécialiste en psychiatrie et psychothérapie - s'est-il limité à évoquer la dépendance chronique à l'alcool affectant de longue date le recourant, connue et exhaustivement investiguée par l'intimé avant d'établir la décision du 1<sup>er</sup> avril 2014. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur le volet psychique du cas d'espèce.

**6. a)** L'aspect somatique de l'état de santé du recourant avait fait l'objet d'une évaluation médicale circonstanciée au sein du SMR le 12 août 2013, laquelle a notamment fondé la décision du 1<sup>er</sup> avril 2014. Le Dr M.\_\_\_\_\_ avait procédé à un examen clinique du recourant et conclu son appréciation du cas comme suit dans son rapport du 5 septembre 2013 :

« [...] Sur le plan somatique, en ce qui concerne le genou gauche, il n'y a pas eu de grande évolution depuis l'examen SMR d'octobre 2003. Il n'y a eu aucun traitement particulier depuis 2002. Les radiographies effectuées en 2009 ont montré une gonarthrose avec un pincement de 50 % de l'interligne fémoro-tibial interne. En juillet

2008, il a fait une chute à vélo avec comme conséquence une luxation acromio-claviculaire de l'épaule gauche qui a été opérée le 29.09.2010. Des douleurs ont persisté. Les radiographies et l'IRM de l'épaule gauche ont montré la présence d'ostéophyte et d'une arthrose acromio-claviculaire. Les douleurs ont persisté surtout lorsqu'il porte des charges, lorsqu'il les soulève et lorsqu'il fait des mouvements répétitifs au-delà de l'horizontale. A noter qu'une simple résection de l'extrémité distale de la clavicule est susceptible de soulager de façon définitive les douleurs de cette épaule.

Depuis les années 2000, M. B.\_\_\_\_\_ a des douleurs à la fesse droite et des douleurs lombaires. Les douleurs lombaires apparaissent plus souvent. En 2012, blocage lombaire aigu, consultation en urgence à l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ où il a été vu ambulatoirement. L'IRM [réf. : imagerie par résonance magnétique] effectuée en avril 2012 montre une discopathie avec protrusion discale L4-L5 et L5-S1. Depuis il a des lombalgies à répétition avec des douleurs à la fesse gauche irradiant à la face postérieure de la cuisse gauche avec parfois des paresthésies du mollet. On ne peut pas parler de lombosciatalgies. Il n'y a aucune trouble neurologique. A l'examen de ce jour, il n'y a pas de syndrome lombovertébral. Excellente mobilité de la colonne vertébrale.

A l'issue de cet examen, on peut conclure que depuis l'examen bidisciplinaire au SMR d'octobre 2003, l'état de santé de l'assuré s'est dégradé. Une arthrose acromio-claviculaire à gauche est apparue ainsi que des douleurs lombaires sans troubles neurologiques. Les limitations fonctionnelles ont augmenté et vont continuer à augmenter au fur et à mesure que l'assuré va vieillir, mais il n'y a aucun argument pour affirmer que la capacité de travail de l'assuré dans une activité [adaptée] aux limitations fonctionnelles ne soit pas complète. »

Le Dr M.\_\_\_\_\_ considérait le recourant apte à l'exercice d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles déjà énumérées en 2003 à un taux de 100 %.

**b)** Le rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ du 7 décembre 2018, destiné à étayer une éventuelle aggravation de l'état de santé somatique du recourant, n'apporte aucun diagnostic nouveau par rapport à l'examen réalisé en 2013. Les lombalgies, la gonarthrose du genou gauche et les omalgies gauches sont manifestement des éléments connus et dûment investigués par le Dr M.\_\_\_\_\_.

Quant aux constats cliniques, le Dr R.\_\_\_\_\_ a communiqué des observations superposables à celles relatées en son temps par le Dr M.\_\_\_\_\_. Le Dr R.\_\_\_\_\_ s'est en effet exprimé en ces termes :

« [...] M. B.\_\_\_\_\_ signale, malgré la prise en charge physiothérapeutique et la substitution de la vitamine D, la

persistance de douleurs lombaires basses, de gonalgies bilatérales prédominant à G [réd. : gauche] ainsi que des cervicobrachialgies et omalgies G. Ces douleurs sont d'allure mécanique et entraînent une impotence fonctionnelle dans ses activités de la vie quotidienne. [...]

**Au status**, la marche est hésitante, les mouvements d'antéversion sont limités au tiers de course. L'examen segmentaire met en évidence une hypomobilité de la charnière lombovertébrale, avec dysfonction segmentaire L4-L5 L5-S1, une hypoextensibilité des érecteurs lombaires et de tout l'éventail fessier et ce des deux côtés. La manœuvre des jambes tendues peut être portée à 70°. L'examen des genoux met en évidence une douleur à la mobilisation tant active que passive, le signe du Rabot est positif.

**Du point de vue paraclinique**, la radiographie des lombaires met en évidence une arthrose facettaire postérieure une discopathie L5-S1.

Au niveau du genou, on note la présence de troubles dégénératifs fémoro-patellaire et tibio-fémoral.

**En conclusion**, M. B. \_\_\_\_\_ présente des lombalgies persistantes et ce, dans un contexte de troubles dégénératifs sous-jacent ainsi que des gonalgies G sur gonarthrose et cervicobrachialgies et omalgies prédominant à G dans un contexte d'un status post-arthroscopie en 2017. L'ensemble de la symptomatologie s'inscrit en avant-plan d'un déconditionnement physique et musculaire significatif [...]

**Du point de vue thérapeutique**, je préconiserais la poursuite d'une prise en charge physiothérapeutique et ce, dans le but d'éviter un déconditionnement musculaire trop important. [...]

Contrairement à ce que soutient le recourant, force est de constater que le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 7 décembre 2018 ne contient aucun élément rendant plausible une aggravation de son état de santé somatique. Ce praticien décrit au contraire un tableau clinique quasiment identique à celui rapporté le 5 septembre 2013 par le Dr M. \_\_\_\_\_. Ce dernier avait d'ailleurs expressément souligné le risque de voir les limitations fonctionnelles augmenter naturellement avec l'avancement en âge du recourant, ce qui n'excluait pas l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à plein temps. A cet égard, plus de cinq ans après l'examen du Dr M. \_\_\_\_\_, la description du Dr R. \_\_\_\_\_ paraît ainsi toujours parfaitement compatible avec les conclusions ayant fondé la décision du 1<sup>er</sup> avril 2014. On ajoutera que le Dr R. \_\_\_\_\_ n'a pas spécifiquement mentionné une évolution de l'état de santé du recourant, ni ne s'est prononcé sur sa capacité de travail, se limitant à suggérer l'organisation d'une expertise bidisciplinaire.

**c)** On peut par conséquent se rallier à l'appréciation de l'intimé pour conclure que le recourant n'a pas rendu plausible une modification significative de sa situation, laquelle serait de nature à entraîner le réexamen au fond de son droit aux prestations dans le sens requis par l'art. 87 al. 2 RAI. L'intimé était donc fondé à prononcer le refus d'entrer en matière querellé.

**7.** Sur le vu de ce qui précède, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 11 juin 2019 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 (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu les décisions des 5 et 26 août 2019 lui octroyant l'assistance judiciaire (art. 118 al. 1, let. b, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**b)** N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

**c)** Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Valentin Groslimond, à compter du 23 août 2019 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Groslimond a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de son mandant en date du 17 février 2020. Il a fait état de 13 heures et 5 minutes consacrées à la présente procédure depuis le 23 août 2019. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. En définitive, il convient d'octroyer à Me Groslimond un

montant total de 2'663 fr. 15 (débours forfaitaires à 5 % et TVA de 7,7 % compris) pour l'ensemble de ses activités in casu.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office, dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Le Service juridique et législatif est chargé de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 11 juin 2019 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Valentin Groslimond, conseil du recourant, est arrêtée à 2'663 fr. 15 (deux mille six cent soixante-trois francs et quinze centimes), débours et TVA compris.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

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 :

- Me Valentin Groslimond, à Vevey (pour B. \_\_\_\_\_),
- 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 :